E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC12F VERSION: 03 FECHA DE ULTIMA REVISION:18/07/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA, Identificado con Cédula No. 1002391710 y Profesión ENFERMERA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php**	X	
4	Propuesta de Servicios	X	
5	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
6	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
7	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
8	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
9	Cedula de Ciudadanía	X	
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		X
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
12	RUT - Registro Único Tributario	X	
13	Hoja de Vida — Función publica	X	
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	X	
15	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Abogados, Médicos, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**).	X	
16	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
17	Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**)		X
18	Tarjeta Profesional	X	
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		X
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	X	
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
24	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)	X	
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización.*		X
26	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
27	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		X
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		X
29	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
30	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
32	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**	X	
33	Soporte de experiencia laboral.	X	
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
35	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)	X	
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx	X	

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de: _____

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1002391710**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1002391710	QUINTERO	PEÃ'A	VALENTINA	ISABEL	2022-07-18, 9:57 pm

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

Valentina Isabel Quintero Peña

ENFERMERA

Santa Marta Magdalena, Julio 18 de 2022

Sr.
OSCAR LUIS GELVES MATEUS
AGENTE INTERVENTOR HUJMB
E. S. D.

Cordial saludo,
Me dirijo a ustedes fin de ofrecer mis servicios como:
Enfermera profesional con un (1-7meses) año de experiencia asistencial y/o administrativa en la Fundacion Policlinica Cienaga en el servicio de unidad de cuidados intensivos neonatales y en el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con diplomado de profundización en cuidado crítico del adulto y urgencias. Con la capacidad de combinar mis conocimientos con la experiencia para brindar cuidado integral que busque siempre la humanizacion y calidad en la prestacion del servicio, alto sentido de responsasbilidad, compromiso y adaptacion a las situaciones de cambio. Con habilidades para la comunicación y trabajo en equipo, permitiendo un ambiente laboral armonioso. Con valores de compromiso, responsabilidad y honestidad.

Agradeciendo la atención prestada.

Atentamente,



_____

Valentina Isabel Quintero Peña
C.C. 1.002.391.710
Cel: 300 5376681
Correo: valentinaquintero19@gmail.com

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 200827383

WEB
21:33:23

Bogotá DC, 17 de julio del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002391710:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 17 de julio de 2022, a las 21:40:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1002391710
Código de Verificación	1002391710220717214042

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:56:18 PM horas del 17/07/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1002391710**
Apellidos y Nombres: **QUINTERO PEÑA VALENTINA ISABEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 17/07/2022 11:10:37 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1002391710** y Nombre: **VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **37286142** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir




COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.002.391.710
QUINTERO PEÑA
APELLIDOS
VALENTINA ISABEL
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-1997
TURBACO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
19-MAY-2015 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-2100100-00731057-F-1002391710-20150807
0045672031A 2
44144690

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14696442866

(415)7707212489984(8020) 000001469644286 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1002391710	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	19	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1002391710	2015/05/19

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Magdalena 47	Santa Marta 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUINTERO	PEÑA	VALENTINA	ISABEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
BARBER BOSS	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Ciénaga 189

41. Dirección principal: CL 11 11 52 LC 2

42. Correo electrónico: valentinaquintero19@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3005376681	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
9602	2020/06/26						1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2020 - 06 - 26 / 11 : 18: 44

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: MADELEIS GARIZABAL ARRIETA
985. Cargo: CAJERO

Fecha generación documento PDF: 17-07-2022 10:36:41PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14696442866

(415)7707212489984(8020) **000001469644286 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 2 3 9 1 7 1 0	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	63. Formas asociativas	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
65. Fondos	66. Cooperativas	67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 2 0 0 6 2 6	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 0 0 6 2 6	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 2 2 9 1 8 0	
78. Departamento	4 7	
79. Ciudad/Municipio	1 8 9	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14696442866

(415)7707212489984(8020) **000001469644286 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 2 3 9 1 7 1 0	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Peluquería y otros tratamientos de belleza 9 6 0 2

162. Nombre del establecimiento: BARBER BOSS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

165. Dirección: CL 11 NO 11-52 LC 2

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 0 0 2 2 9 1 8 1	2 0 2 0 0 6 2 6
168. Teléfono: 3 0 0 5 3 7 6 6 8 1	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
QUINTERO	PEÑA	VALENINA ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1.002.391.710** — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 09 MES 05 AÑO 1997

DEPTO BOLÍVAR

MUNICIPIO TURBACO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 21# 3 – 70 CENTRO

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3005376681 EMAIL valentinaquintero19@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2013

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	9	X		ENFERMERA	12	2013	25384

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB
		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FUNDACION POLICLINICA CIÉNAGA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	CIÉNAGA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4240418	DÍA 0 1 2 MES 0 3 AÑO 2 0 2 0	DÍA 1 0 MES 0 9 AÑO 2 0 2 0

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	UCI NEONATAL	Cl. 8 #12-26

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIÉNAGA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	CIÉNAGA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 1 2 MES 0 8 AÑO 2 0 1 9	DÍA 3 0 MES 1 1 AÑO 2 0 1 9

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA DE PRACTICAS PROFESIONALES		Calle 5ª Carrera 21

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SEVIDOR PÚBLICO		3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		6
TRABAJADOR INDEOENDIENTE		
TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA		9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CSFJ

República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Colegio San Francisco Javier
de Ciénaga – Magdalena

Aprobado por la Secretaría de Educación
del Departamento del Magdalena
según Resolución No. 319 de Noviembre 12 de 2009

Confiere a:

Valentina Isabel Quintero Peña

Identificada con T.I. No. 1002391710 de Santa Marta, Magd.

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al nivel de Educación Media Académica,
según los planes y programas vigentes.

Colegio San Francisco Javier
Ciénaga - Magdalena
RECTORA
Rectora

Colegio San Francisco Javier
Ciénaga - Magdalena
SECRETARIA
Secretaria

Expedido en Ciénaga - Magdalena, el 3 de Diciembre de 2013.

Acta de Grado

Colegio
San Francisco Javier

Inscripción S.E. 010820
DANE: 347189001789

En Ciénaga, Magdalena a los 3 días del mes de Diciembre del año 2013,
se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último año,
las suscritas Rectora y Secretaria, en la Rectoría del

Colegio San Francisco Javier

Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación Municipal, para otorgar el Título de:

Bachiller en la Modalidad **Académica**

según Resolución N°. 319 de Noviembre 12 de 2009
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media,
se procedió a otorgar el título de

Bachiller Académico

Al graduando cuyo nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

Valentina Isabel Quintero Peña

Identificada con T.I. No. 1002391710 Santa Marta, Magdalena

Es fiel copia del Acta Original General No. 27 de Fecha 3 de Diciembre de 2013
que consta de 35 alumnos que comienza con el nombre de:
Mary Alejandra Alipio Ojito
y se cierra con el nombre de:
Michelle Carolina Villarreal Ochoa.

Firmada y Sellada por **Angélica Cantillo Pérez** (Rectora)
y **Fabiola Bojato A.**(Secretaria)

En constancia se firma la presente, por quienes en ella intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 115 de Febrero 8 de 1994 y el Decreto No. 1290 de Abril 16 de 2009.
Firmada y Sellada.

Colegio San Francisco Javier
Ciénaga - Magdalena
RECTORA
C.C. N°. 57.411.754 de Ciénaga

Colegio San Francisco Javier
Ciénaga - Magdalena
SECRETARIA
C.C. N°. 57.417.103 de Ciénaga

República de Colombia,

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre,

LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Personería Jurídica - Resolución 831 del 3 de diciembre de 1974

En atención a que

VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA

C.C. N° 1.002.391.710

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, en testimonio de ello le otorga el título de

ENFERMERA

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Marta, a los 14 días del mes de Diciembre de 2019

Registrado con el Acta de Grado N° 2610

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBÚN
Secretaria General

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Acreditación Institucional de Alta Calidad
Resolución N° 16891 del 22 de agosto de 2016 de MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO N° 2611

En Santa Marta D.T.C.H., siendo las 12:00 m del día 14 del mes de diciembre de 2019, se realizó la graduación en ceremonia colectiva, presidida por el **CONSEJO ACADÉMICO** de la Universidad del Magdalena, otorgando a:

VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA
C.C. N° 1.002.391.710

El título de **ENFERMERA** por haber cumplido todos los requisitos exigidos por la **UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** para tal efecto.

Se tomó juramento de rigor a **VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA**, y se hizo entrega del diploma que la acredita como **ENFERMERA**.

En constancia se extiende y firma la presente acta:

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

q2*%rAA3e

Registro N° 40404 – Folio 2041

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.002.391.710, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los catorce (14) días del mes de marzo año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos | Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA
C.C. 1.002.391.710
Universidad Del Magdalena
Santa Marta
Fecha de Expedición Diploma: 14/12/2019
Fecha de Inscripción en Rethus: 7/02/2020

25384

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1002391710	VALENTINA	ISABEL	QUINTERO	PENA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) VALENTINA ISABEL QUINTERO PENA identificado(a) con CC 1002391710 registra La siguiente información:

2022-07-18→10:55:49 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2020-02-07	1002391710	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIAS, SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

le expide la siguiente certificación por haber cumplido satisfactoriamente con el curso teórico - práctico de

CÓDIGO GRIS

MANEJO INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

A

VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA

C.C. 1.002.391.710

Quien cumplió satisfactoriamente con la temática y práctica del curso.
Realizado en la ciudad de **Santa Marta los días 21 y 22 de Junio de 2019**, con una intensidad horaria de 40 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res 2003 del 2014, y lo exigido en la ley 1146 del 2007 y Res 0459.

Javier Alfaro Roa
Director Acess

Regina Ortega
Psicóloga

Alfredo Bolívar Tavera
Médico Perito


ACESS
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Otorga el presente certificado a
VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA
C.C. 1.002.391.710
por haber asistido y aprobado el curso:
REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)
BAJO LINEAMIENTOS AHA 2015 - SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)
Realizado en la ciudad de Santa Marta, del 28, 29 y 30 de Junio de 2019,
con una intensidad académica de 48 horas.
Valido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 2003 del 2014.
Aprobado resolución 3228 del 2017.
Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS
318 5954676 / 420 8583
info@acess.com.co
www.acess.com.co

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA

C.C. 1002391710

por haber cursado y aprobado el diplomado:

ATENCION AL PACIENTE CRITICO EN UNIDAD DE Cuidados Intensivos

ADULTO - PEDIATRICO - NEONATAL

Realizado en modalidad virtual del 31 de agosto de 2020 al 30 de abril de 2021
con una intensidad horaria de 160 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

CON EL AUSPICIO DE :

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.

PNHM CIA LTDA

VALENTINA QUINTERO PEÑA
C.C. 1002391710

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO.

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 19 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 3 horas.

Temario: Atención Integral para la Gestión del Duelo.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

FECHA SUGERIDA RENOVACION CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Diciembre de 2022

CEL +1 647 8069272 www.fppt.info

Escaneado con CamScanner

Laboratorio Clínico Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Daissy Martinez

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 23/11/2020

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA
Identificación: CC: 1002391710
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: ENFERMERA JEFE
Fecha nacimiento: 09/05/1997
Edad: 23
Genero: Femenino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono: 3005376681
Dirección: Magdalena, Santa marta,
Nº hijos: 0
ARL:
EPS: EPS Sanitas
AFP: Porvenir S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE LA EMPRESA PARA PREVENIR CONTAGIOS POR COVID 19.

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584

Aspirante o trabajador
VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA
Identificación: CC: 1002391710

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" E.S.E. NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora **VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA**, identificada con la Cedula de Ciudadanía **No. 1.002.391.710** expedida en Turbaco (Bolívar), **ha suscrito con LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **3356** de fecha 12 de diciembre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de diciembre al 31 de diciembre de 2020, por un valor de UN MILLONES OCHOCIENTO VEINTE MIL PESOS ($1.820.000).
2. No. **266** de fecha 01 de enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
3. No. **1268** de fecha 01 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
4. No. **2656** de fecha 01 de julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
5. No. **3548** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
6. No. **420** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2022, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
7. No. **1940** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($10.400.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO **ENFERMERA** DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA Y DEMÁS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los once (11) días del mes de mayo de 2022.

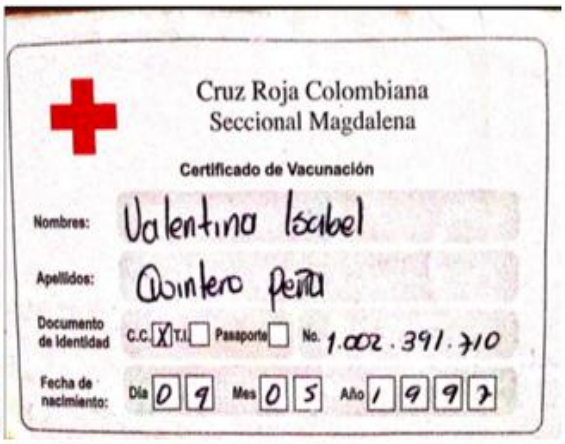
ANA MARIA CORDOBA LEAL
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

VIGILADO Supersalud

Escaneado con CamScanner





Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

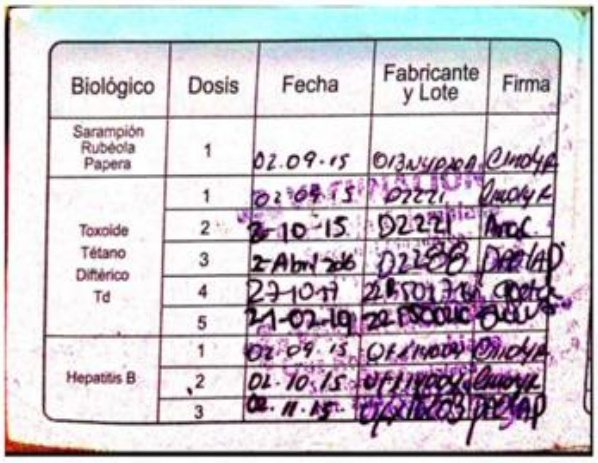
Certificado de Vacunación

Nombres: Valentina Isabel

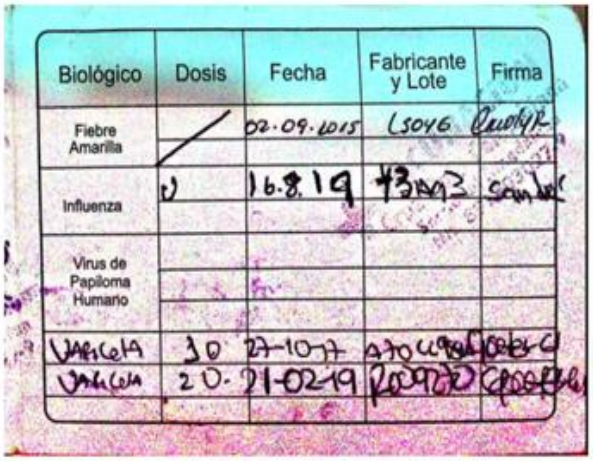
Apellidos: Quintero Peña

Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 1.002.391.710

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 05 Año 1997



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola Papera	1	02.09.15		
Toxoide Tétano Diftérico Td	1	02.09.15		
	2	2-10-15		
	3	2-Abril-26		
	4	27-10-17		
	5	21-02-19		
Hepatitis B	1	02.09.15		
	2	02.10.15		
	3	02.11.15		



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Fiebre Amarilla		02.09.2015	L5046	
Influenza	U	16.8.19		
Virus de Papiloma Humano				
Varicela	30	27-10-17		
Varicela	2.0	21-02-19		

El servicio público es de todos | Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2021-12-13 13:24

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
VALENTINA	ISABEL	QUINTERO	PEÑA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1002391710

Lugar de nacimiento

País	Colombia	Departamento	Bolívar	Municipio	TURBACO

Lugar de domicilio

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$2.358.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$2.358.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	Colombia	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CARRO	Colombia	Magdalena	CIÉNAGA	$19.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1002391710
NOMBRES Y APELLIDOS	Quintero Peña,Valentina Isabel
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Quintero Peña,Valentina Isabel, a los 18 días del mes de julio del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.391.710**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Julio del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1002391710, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/04/2022 y fecha fin de contrato 31/07/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201017285801.

MES_4_1_3_FR15 v_04

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de Julio de 2022.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 18/07/2022 11:35:08 p. m.
ISCDC: 18/07/2022 11:35:08 p. m.

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HOSPITAL	04/08/19

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

VALENTINA ISABEL QUINTERO PEÑA																						Sexo		
																							F	X

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1002391710	santa marta	19/05/15

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X								x		X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	direccion	Municipio / Ciudad	Departamento
22	8	1993	santa marta	CALLE 26 # 15-65 ALCAZARES	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
VALENTINAQUINTERO19@GMAIL.COM	3005376681	

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado	8	6	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
enfermera	ACTIVIDAD DE APOYO TERAPEUTICO

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento		Número
	C.C.		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
H.U.J.M.B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 # 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a cont	Total Egresos mensules					
Otros Ingresos Mensules	2,600,000					
Total Activos	Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X

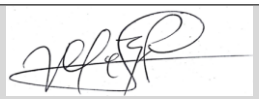
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
NO
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
NO
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:
NO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:
_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general

frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.





5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento