E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC12F VERSION: 04 FECHA DE ULTIMA REVISION:9/12/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, LINA CABAS DE LA CRUZ, Identificado con Cédula No. 1082975401 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	Cedula de Ciudadanía		
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
4	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**		
5	Propuesta de Servicios		
6	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
7	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
8	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
9	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
12	RUT - Registro Único Tributario		
13	Hoja de Vida — Función publica		
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**		
15	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**).		
16	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
17	Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**)		
18	Tarjeta Profesional		
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**.		
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
25	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
26	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
27	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*.		
28	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*)		
29	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*.		
30	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***).		
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
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)**		
33	Soporte de experiencia laboral.		
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
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**)		
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx		

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: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.082.975.401**

CABAS DE LA CRUZ

APELLIDOS

LINA ESPERANZA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-1993**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-DIC-2011 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00366098-F-1082975401-20120324 **00294**91662A 1 38014239

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar Registro

Has buscado el numero de identificacion: **1082975401 resultados**

encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082975401	CABAÑAS	DE LA CRUZ	LINA	ESPERANZA	02/09/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Santa Marta, febrero de 2023

Doctor:
JOSE RAFAEL DOMINGUEZ AYALA
Gerente (E)
E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Respetuoso Saludo;

Muy cordialmente le presento a usted mi propuesta para la prestación de servicios como Supervisora de Apoyo a la Unidad Funcional de Enfermería, en la cual me he desempeñado, cumpliendo a cabalidad con todas las funciones que me son asignadas durante el periodo contractual.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención.

Atentamente;



LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ
CC. 1082975401 de Santa Marta (Magdalena)

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14882600551

(415)7707212489984(8020) 000001488260055 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 7 5 4 0 1	3	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

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 1 3	1 0 8 2 9 7 5 4 0 1	2 0 1 1 1 2 0 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CABAS	DE LA CRUZ	LINA	ESPERANZA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 29 K 21 D 61 BRR LOA LAURELES

42. Correo electrónico: isa.cabas@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 2 7 8 3 9 5 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 8 0 1 2 6					

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 2 0																									

20- Obtención NIT

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 2022 - 12 - 12 / 13 : 33: 15

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 CABAS DE LA CRUZ LINA ESPERANZA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona natural

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

Entidad Receptora

MINISTERIO DEL INTERIOR

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (0 CASADA)*	*NOMBRES*
Cabas	**De La Cruz**	**Lina Esperanza**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

C.C [X] C.E. [ ] PAS [ ] No. **1.082.975.401**

SEXO

F [X] M [ ]

NACIONALIDAD

COL [X] EXTRANJERO [ ] PAIS

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE [ ] SEGUNDA CIASE [ ] NUMERO [ ] D-M [ ]

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA **2** MES **10** AÑO **1993**

PAIS **Coombia**

DEPTO **Atlantico**

MUNICIPIO **Barranquilla**

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA

Cll 29 k 1 n° 21d 61 los laureles

PAIS **Colombia** DEPTO **Magdalena**

MUNICIPIO **Santa Marta**

TELEFONO **3002783958** EMAIL isa.cabas@hotmail.com

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO(LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATRO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 6° A 11° DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIAMRIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11X

TITULO OBTENIDO: BACHILLER

FECHA DE GRADO

MES 12 DIA15 AÑO **2010**

EDUCACIÓN SUPERIOR(PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

TC (TECNICA) TL (TECNOLOGIA) TE(TECNOLOGIA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES(ESPECIALIZACION) MG (MAESTRIA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN LA LEY).

MODALIDAD ACADEMICA	*NO. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO* SI	*GRADUADO* NO	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACION* MES	*TERMINACION* AÑO	No DE TARJETA PROFESIONAL
UNIVERSITARIA	**8 SEM**	**X**		**ENFEMERA PROFESIONAL**	**1**	**2018**	**1082975401**

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

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

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona natural

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Hospital Julio Mendez Barreneche	**x**		**colombia**

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
MAGDALENA	**SANTA MARTA**	

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4346262	DIA **0 9** MES **1 0** AÑO **2 0 2 0**	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
ENFERMERA SUPERVISORA	**UF ENFERMERIA**	**CRA 14 # 23-42 BR. ALCAZARES**

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
CLINICA PRADO		*x*	**COLOMBIA**

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
Magdalea	Santa Marta	

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA **11** MES **11 6** AÑO **2 0 1 9**	DIA **0 6** MES **0 3** AÑO **2 0 2 0**

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
Enfermera Jefe		

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
CLINICA MEDICOS		*x*	**COLOMBIA**

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
Cesar	**Valledupar**	

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	1 2 MES **0 7** AÑO **2 0 1 8**	DIA **1 2** MES **0 5** AÑO **2 0 1 9**

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
Enfermera Jefe		

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona natural

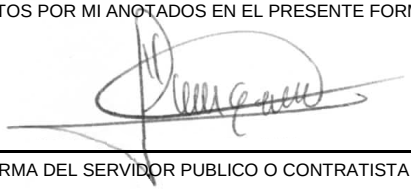
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	**2**	**2**
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	**1**	**6**
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**3**	**8**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN COSNTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA

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



FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUIÍ SUMINISTRADA HA SIDO COSNTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

NOMBRE Y FIRMA DEL FEJE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Alberto Pumarejo

Soledad - Atlántico

Aprobación Oficial por Decreto N° 000019 (M.E.N.) del 29 de Octubre de 2002
Emanada de la Secretaría de Educación Departamental

Confiere a:

Cabas De La Cruz Lina Esperanza

Identificado (a) con T.I. No. 931002-02059 expedida en Soledad

El Título de

Bachiller Técnico

Con énfasis en Procesos Empresariales

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, reglamentada por la Ley 115, Decreto 1860 de 1994 y 230 de 2002 según los planes y programas vigentes

Rectora

Secretaria

Registro de Acta de Grado

Libro N° 01. Acta N° 007.

Folio N° 010 N° de orden 329.

Dada en Soledad, a los 16 días del mes de Diciembre año 2010

Scanned by CamScanner

Acta Individual de Grado

Institución Educativa Alberto Pumarejo

Soledad – Atlántico

Acta de Grado No. 07

En la ciudad de Soledad, a los 15 días del mes de Diciembre del año 2010 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, las suscritas Rectora y Secretaria de la Institución Educativa Alberto Pumarejo con aprobación oficial por Decreto No. 00919 Bis del 28 de Octubre de 2002 emanada de la Secretaría de Educación Departamental.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno (a) de los (as) estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica se procedió a otorgar el título de Bachiller Técnico a la graduanda cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación.

Cabas De La Cruz Lina Esperanza

C.C 1.042.437.880 Expedida en Soledad

Es fiel Copia tomada del acta original No. 07 de Fecha 15 días del mes de Diciembre del año 2010, que consta de 68 estudiantes que comienzan con el nombre de Álvarino Ferrer Yulibeth y cierra con el nombre de Villarreal Correa Daniela Dany

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en el cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 88 de la ley 115 del 8 de febrero de 1994 y el Artículo 11 del Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994.

ADRIANA NIEBLES ARAUJO
Rectora
C.C. No. 22.434.624 de Barranquilla

MILE RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
Secretaria
C.C. 22.642.053 de Soledad

Dada en Soledad, a los 15 días del mes de Diciembre del 2010

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 2139 del 30 de Diciembre de 1982 del Ministerio de Educación Nacional
Aprobación No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Aprobación No. 3859 del 31 de Julio de 2003, emanada del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ

con cédula de ciudadanía No. 1.082.975.401 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 26 de Enero de 2018

Director(a) Sede

Rector(a)

Gloria Patricia Ruiz T
Secretario(a) General

Libro de Registros No. 0020120181 Folio No. 010 Registro No. 0098 Refrendado en Santa Marta el día 25 de Enero de 2018

Registros y Diplomas José Alonso Correa Londoño

025000

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución [illegible] del 30 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 1081 del 5 de Mayo de 1994 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1296 del 14 de Julio de 2004, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-427-2018

PROGRAMA	ENFERMERÍA
CODIGO SNIES:	4176
FECHA GRADO:	26 DE ENERO DE 2018
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ
con Cédula de Ciudadanía No 1.082.975.401 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA, mediante acta No 001 en sesión del día 17 de enero de 2018.

Para constancia se crían en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Sede, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de sede:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) facultad:	DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ
Secretario(a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 26 DE ENERO DE 2018

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

017398

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LINA ESPERANZA CABÁS DE LA CRUZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.090.412.759, 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 dieciséis (16) días del mes de diciembre del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ
C.C. 1.082.975.401

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Santa Marta

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2018-01-26
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2018-05-17



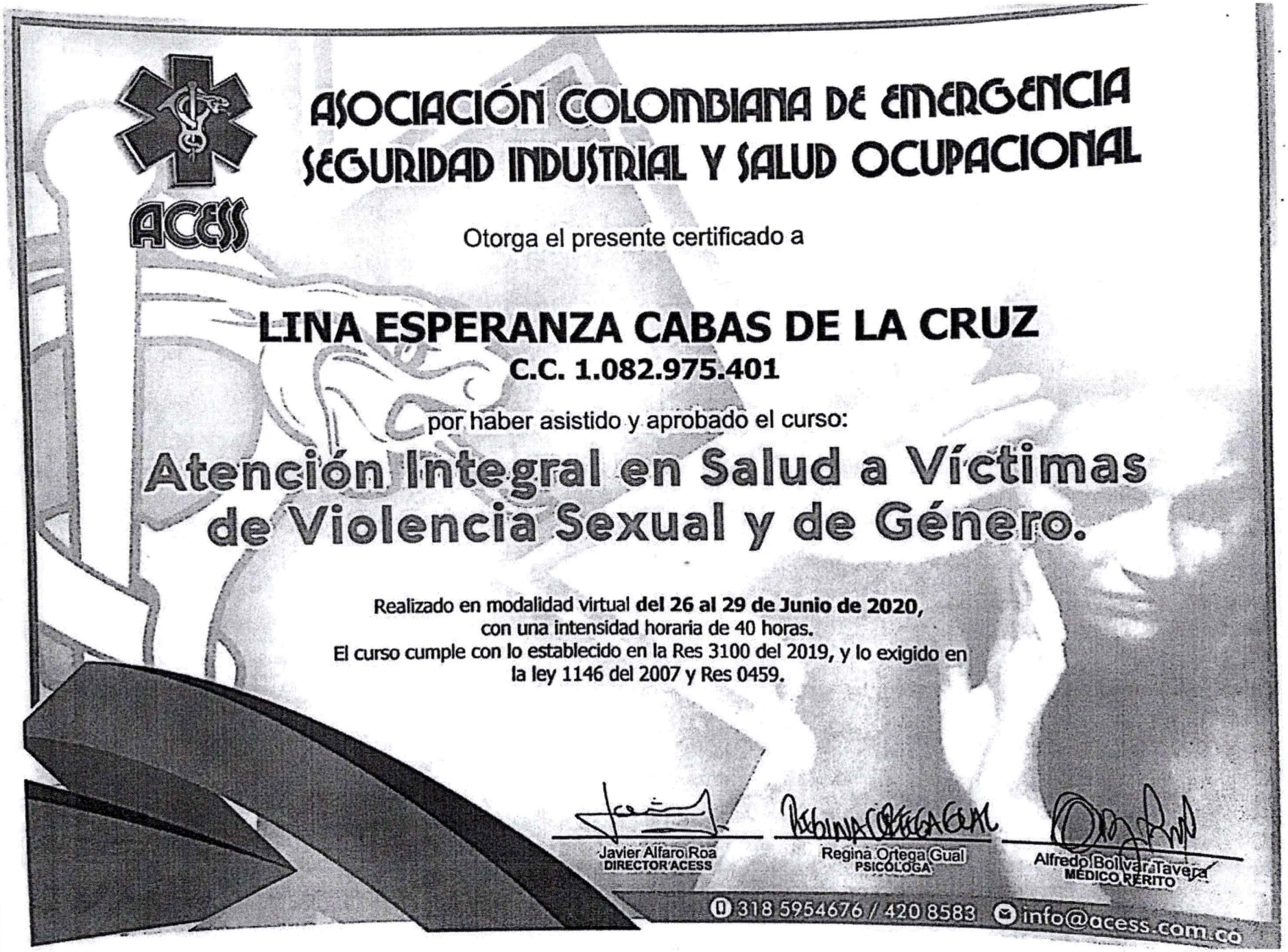
15814

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL



Escaneado con CamScanner

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ

C.C. 1.082.975.401

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA – SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Realizado en modalidad virtual, **del día 15 al 17 de Julio de 2022.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2015/2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 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

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ

C.C. 1.082.975.401

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA – SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado en modalidad virtual, **del día 15 al 17 de Julio de 2022.**
con una intensidad académica de **48 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2015/2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 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

LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ
C.C. 1082975401

ASISTIÓ Y APROBÓ
ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 26 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 9 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.lppt.info

CON EL AUSPICIO DE :

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

PNHM CIA LTDA.

LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ
C.C. 1082975401

ASISTIÓ Y APROBÓ
ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 26 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 9 horas.

Temario: Atención a Personas Victimas de Ataque con Agentes Químicos.

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



DR. CARLOS CAMPO RIOS - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CALLE 22 No.14 - 70 CEL. 310 6322318 SANTA MARTA - E-mail: carloscamporios@gmail.com

NOMBRE DE LA EMPRESA: Hospital Universitario JMB. FECHA: 16-09-2020

TIPO DE VALORACIÓN - CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Ingreso (X) Periodo ( ) Egreso ( )

TRABAJADOR Lina Esperanza Cubur de la Cruz

CARGO Enfermera Jefe SEXO: Femenino EDAD: 26 AÑOS

INFORME: CC 1082975401

EXAMEN	C	NC	LABORATORIOS	C	NC
Md Osteomus cular	(X)				
Visiometría	(X)				
Espirometria					
Audiometria	(X)				
Laboratorios					

RESULTADO DE ELABORACIÓN MEDICA DE INGRESO

Apto para el cargo ( ) Sin patología aparente (X) Con patología aparente ( )

Apto con restricción ( ) Motivo

Aplazado ( ) Motivo

No Apto: ( ) Motivo

Recomendaciones especificas: Clinicamente sano.

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar su labor ( ) Recomendación

Se sugiere reubicación laboral ( ) Temporal ( ) Permanente ( ) Reasignar tareas ( )

CERTIFICADO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Apto para trabajar en alturas ( ) No apto para trabajar en altura ( ) Aplazado para alturas ( )

EXAMEN DE EGRESO

Satisfatorio ( ) No Satisfactorio ( ) Motivo

Sospecha de enfermedad Profesional: si ( ) no ( )

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medicas

- Remisión a EPS ( )
- Continuar manejo médico ( )
- Remisión a ARP ( )
- Citología Vaginal ( )

Ocupacional

- Uso de EPP ( )
- Ingreso al SVE ( )
- Carga fisica ( )
- Ruido ( )
- Radiologico ( )
- Psicolaboral ( )
- Otro ( )
- Visual ( )
- Biológico ( )
- Radiaciones ( )
- Cardiovascular ( )

Hábitos y estilos de vida saludable

- Inicio de actividad física ( )
- Dejar de fumar ( )
- Reducir el consumo de alcohol ( )
- Control del peso ( )
- Otro ( )

Certifico no he omitido información de mi estado de salud. Todo puede ser confirmado y verificado

CARLOS CAMPO MDSO RM769.

Laboratorio Químico Clínico S.A.S.

Un paso adelante en tecnología en todos nuestros servicios!

ANEXO EXAMENES CLINICOS

DATOS DEL PACIENTE

Orden:	0071807	Fecha de Nacimiento:	01-01-1994
Nombre y Apellidos:	LINA CABAS DE LA CRUZ	No. de Identificación:	CC 1082975401
Género (sexo):	F Edad: 22 Teléfono:	Fecha Ingreso:	20160818

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VAL REFERENCIA

HORMONAS Y EXAMENES ESPECIALES

HEPATITIS B ANTI ANTIGENO DE SUPERFICIE

HEPATITIS B ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO DE SUPERFICIE	REACTIVO		-
Método: Electroquimioluminiscencia			
INDICE :	>1000	mIU/ml	-

Valor de referencia:
No reactivo: Menor de 10 UI/L
Reactivo: Mayor de 10 UI/L

RESPONSABLE: ISARLY ARROYO DIAZGRANADOS

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ**, identificada con la Cedula de Ciudadanía **No. 1.082.975.401** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"**, los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **3265** de fecha 09 de octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de octubre al 31 de diciembre de 2020, por un valor de SIETE MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS ($7.193.300).
2. No. **203** 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. **1401** 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. **2482** 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 NUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($9.300.000).

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.

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO **SUPERVISOR** DE APOYO DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA Y DEMÁS SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, A PARTIR DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO **No 2482** DE 2021.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los tres (03) días del mes de agosto de 2021.

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

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

VIGILADO Supersalud

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Hepatitis A	1	09/03/16	HA764	
	2	05-5-17	M10366	
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Influenza	1			
	2			
	3			
Meningococcica BC	1			
	2			
Neumococcica Conj	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Tetano	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Triple Viral	1			
Varicela	1			
Fiebre Amarilla	1			
	2			
Sarampión				
Rubiola				
Tetano		09/03/16	AL338B1SDAB	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	21-09-15	UE2B008	
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

OTRAS VACUNAS

Biologico	Dosis	Fabricante y Lote	Firma

SERMEDIFARM LTDA.
NIT. 900120082-1
Cra. 59 No. 59 - 65 Universidad Simón Bolívar Sede 3 Cel: 301 712 9266 - 311 414 5208
sermedifarm2012@hotmail.com Barranquilla - Colombia

Nombre: Lina Esperanza
Apellidos: Cobas de la cruz
Documento de Identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1082935401
Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 10 Año 1993

Colombia
ar a zonas de riesgo

Conservelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Duplicado

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Lina Esperanza
Apellidos: Cobas de la Cruz
Documento de Identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1082935401
Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 10 Año 1993

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	2023-02-09 11:51

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LINA	ESPERANZA	CABAS	DE LA CRUZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082975401

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	ATLANTICO	Municipio	BARRANQUILLA

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	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$37.200.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$37.200.000,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
AUTOMOVIL	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$52.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$40.000.000,00

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:

Bogotá, Febrero 9 de 2023

Señora:
CABAS DE LA CRUZ LINA ESPERANZA
CC. 1082975401
CL 29K 21D 61 LAURELES - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 10 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CABAS DE LA CRUZ LINA ESPERANZA	1082975401	C	Jul-10-2018	55	26	COTIZANTE	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CLINICA MEDICOS S A	1082975401	Dependiente	CERRADO
LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ	1082975401	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
SOCIEDAD MEDICA DE SANTA MARTA S A S	1082975401	Dependiente	CERRADO
TEMPORAL DEL CARIBE SAS	1082975401	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CABAS DE LA CRUZ LINA ESPERANZA** identificado(a) con **CC** número **1.082.975.401** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2020 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de febrero de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023020911222

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 LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1082975401, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/01/2023 y fecha fin de contrato 28/02/2023 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): 202301012259875.

Esta certificación se expide a los 09 días del mes de Febrero de 2023.

Cordialmente

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

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Impreso por Internet el 09/02/2023 11:21:34 a. m.
ISCDC: 09/02/2023 11:21:34 a. 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		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo			
LINA ESPERANZA CABAS DE LA CRUZ	M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1082975401	SANTA MARTA - MAGDALENA	1/12/2011

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X								X	0			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
2	10	1993	BARRANQUILLA	CALLE 29 K1 # 21 D - 61, LOS LAURELES	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
ISA.CABAS@HOTMAIL.COM	3002783958	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO	ACTIVIDADES 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.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA SUPERVISORA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		3100000	Total Egresos mensules	3000000
Otros Ingresos Mensules		0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos			Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2022	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:

PRESTACION DE SERVICIOS

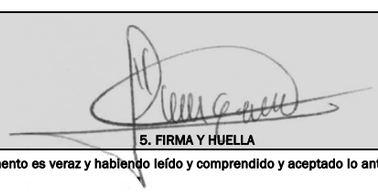
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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.

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