| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E. | **LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL** | CODIGO: GJC16F<br>VERSION: 05<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023<br>PAGINA 1 de 1 |

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON, Identificado con Cédula No. 36546885 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **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 – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php | | |
| 5 | Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | | |
| 6 | Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo) | | |
| 7 | Propuesta de Servicios | | |
| 8 | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | |
| 9 | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | |
| 10 | RUT - Registro Único Tributario | | |
| 11 | Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II) | | |
| 12 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**) | | |
| 13 | Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**). | | |
| 14 | Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | |
| 15 | Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**) | | |
| 16 | Tarjeta Profesional | | |
| 17 | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | | |
| 18 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | | |
| 19 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**). | | |
| 20 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 21 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 22 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 23 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 24 | Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | |
| 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*. | | |
| 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*) | | |
| 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.* | | |
| 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***). | | |
| 29 | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 30 | 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)** | | |
| 31 | Soporte de experiencia laboral. | | |
| 32 | Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial) | | |
| 33 | 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**) | | |
| 34 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | | |
| 35 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | | |
| 36 | Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx | | |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

36.546.885
RODRIGUEZ PINZON

CLAUDIA PATRICIA



FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1962
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-NOV-1980 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-7100105-00172236-F-0036438886-20000624 0015343886A 1 24761640

SIJI

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **36546885**

Resultados encontrados:

| # | No Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | primer nombre | segundo nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 36546885 | RODRIGUEZ | PINZÓN | CLAUDIA | PATRICIA | 06/09/21 |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

Santa Marta 8 de junio de 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
L. C.

Cordial saludo,

A solicitud de su respetada institución, yo CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON, identificada con la C.C. 36.546.885 de Santa Marta, le solicito a usted me permita ingresar como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro del área HOSPITALIZACION espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON
C.C. 36.546.885 DE SANTA MARTA

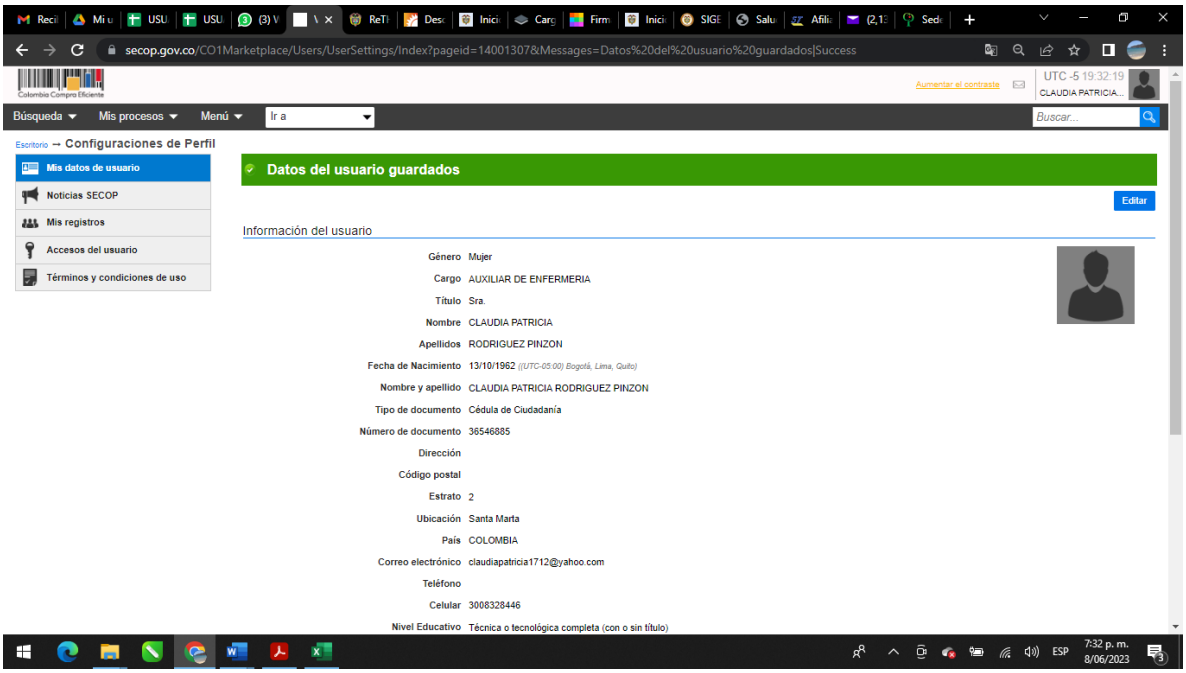
El(la) suscrito(a) CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON identificado con C.C./C.E./P.P No. 36546885 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 8 del mes de Junio de 2023.

Firma 
Nombre CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON
Cédula 36546885

COPIA CONTROLADA


secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados|Success
Aumentar el contraste
UTC -5 19:32:19
CLAUDIA PATRICIA...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Datos del usuario guardados
Editar
Información del usuario
Género Mujer
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título Sra.
Nombre CLAUDIA PATRICIA
Apellidos RODRIGUEZ PINZON
Fecha de Nacimiento 13/10/1962 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 36546885
Dirección
Código postal
Estrato 2
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico claudiapatricia1712@yahoo.com
Teléfono
Celular 3008328446
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
ESP
7:32 p. m.
8/06/2023

DIAN®

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14676052941

(415)7707212489984(8020)000001467605294 1

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

### IDENTIFICACION

| 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 | 3 6 5 4 6 8 8 5 | 1 9 8 0 1 1 2 6 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | PINZON | CLAUDIA | PATRICIA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

### UBICACION

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

41. Dirección principal: MZ 17 CA 13 BRR BOLIVARIANA

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| claudiapatricia1712@yahoo.com | | 3 0 0 8 3 2 8 4 4 6 | |

### CLASIFICACION

**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 |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 1 1 0 2 4 | | | | | | |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

| 53. Código: | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

**Obligados aduaneros**

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | 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: 2 0 1 9 1 2 2 3

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: Claudia Patricia Rodriguez P

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MENDOZA VELASQUEZ LUZ MARINA

985. Cargo: Analista I

Fecha generación documento PDF: 23-12-2019 08:50:33AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

# 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 |
|---|---|---|
| Rodriguez | Pinzon | Claudia Patricia |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36546885 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 13 MES 10 AÑO 1962

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

- MZ 17 CALLE 13 BOLIVARIANA

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4331549 EMAIL claudiapatricia1712@yahoo.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 | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 1997 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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 | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 6 | X | | | 06 | 2001 | |

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| Cursos | VITALIS | EDUCACIÓN INFORMAL | BUENAS PRACTICAS DE USO DE MEDICAMENTOS PARENTERALES | 06 | 2009 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECÍFIQUE 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* |
| | | | | | | | | | |

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* 2014 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE HOSPITALIZACIONES | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 - 23 42 LOS ALCAZAREZ | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 30 | *Mes* | 01 | *Año* 2014 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2014 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 23 N ° 14 -42 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 09 | *Mes* | 10 | *Año* 2013 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 23 N ° 14 -42 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 17 | *Mes* | 07 | *Año* 2013 | *Día* | 16 | *Mes* | 08 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 23 N ° 14 -42 | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 31 | *Mes* | 01 | *Año* | 2013 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 23 N ° 14 -42 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 09 | *Año* | 2012 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2012 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 23 N ° 14 -42 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 01 | *Año* | 2012 | *Día* | 10 | *Mes* | 07 | *Año* | 2012 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 23 N ° 14 -42 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 11 | *Año* | 2011 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2011 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 23 N ° 14 -42 | | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA* | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO* | *NIVEL EDUCATIVO* | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

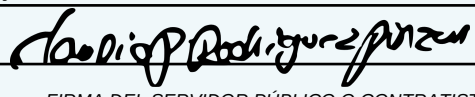
| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 8 | 11 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 1 | 11 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 10 | 10 |

## 6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Santa Marta 8 de junio de 2023



*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 7 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.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

República de Colombia
Departamento del Magdalena

La Secretaría de Desarrollo de la Salud
y en su Nombre

# El Centro de Educación en Salud del Magdalena
# "Cesmag" Gabriel Angulo

Creado mediante Decreto NO. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobado mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1968
Modificada mediante ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

## Teniendo en Cuenta Que:

**CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON**

*Titular de la C.C. No.* 36'546.885 *Expedida en* Santa Marta (Magd.)

Cursó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todo los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el certificado de:

## Aptitud Ocupacional Técnico En

## Auxiliar de ENFERMERÍA

En Constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la Ciudad de Santa Marta

a los 4 días del mes de Junio de 2001

# Acta de Grado

Carrera 14 Nº 15-80
A.A. Nº 354
Santa Marta - D.T.C.H.

Nuevo Instituto Mixto
RODRIGO DE BASTIDAS

En la ciudad de Santa Marta a los días del mes de Diciembre del año 97 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoria del Nuevo Instituto Mixto Rodrigo de Bastidas modalidad Académica institución aprobada hasta 11o. en el nivel de Educacion Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Titulo de Bachiller en la modalidad Académico según Resolución(es) numero(s) 331 de diciembre 5 de 1993

Comprobada la situación Legal y Academica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Media Vocacional, se procedio otorgar el Titulo de Bachiller Académico al graduado cuyo numero de orden, nombre, apellidos y numero del documento de identificación se relacionan a continuacion

| No. | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre(s) |
|---|---|---|---|
| | RODRIGUEZ | PINEDA | CLAUDIA PATRICIA |

Documento de identidad No. 36.548.881 De Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 0003 de fecha 9 de 1997

que consta de 37 alumnos graduados, comienza con el nombre de: ACOSTA OSORIO NALEEN ELENA y se cierra con el nombre de: VALENCIA ALEMAN JOSE LUIS

firmado y sellado por JOSE HOMBLAIC VALENCIA JIMENEZ (Rector)

y LILIA M. VALENCIA DE MORA (Secretario)

Dada en Sta. Mta. a los 11 días del mes de mayo de 1.998

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el articulo 7º del Decreto 180 de 1.981.

Firmado y Sellado

EL DIRECTOR O DIRECTOR
C.C. Nº 4.971.268 Santa Marta

EL SECRETARIO(A)
C.C. Nº 36.535.650 Santa Marta

**CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA**
**(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**
Calle 23 No. 12-90 Santa Marta
Teléfono No. 4215776 FAX No. 4234520
NIT: No. 891-780-117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 107

En la ciudad de Santa Marta, a los 04 días del mes de junio de 2.001 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los Alumnos del Programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** las suscritas Directora y Secretaria Académica de el CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO", según Resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1.949 y modificado mediante Ordenanza 020 de diciembre 23 de 1.992, comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** al alumno cuyo nombre, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación: **CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZON,** identificada con la cédula de ciudadanía No. **36.546.885** expedida en Santa Marta, Mag..

La presente Acta consta de **24** Alumnos, se inicia con los nombres y apellidos de **ELSY EDITH AHUMADA CANTILLO** y termina con los nombres y apellidos de **ISABEL MARIA TORRES URINA.**

Firmado y sellado por la Dra. **CARMEN ROSA SAADE DIAZGRANADOS,** Directora y **MERCEDES OLANO RODRIGUEZ,** Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta, a los 04 días del mes de junio de Dos Mil Uno (2.001)

Carmen Rosa Saade
CARMEN ROSA SAADE DIAZGRANADOS
Directora

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCION
Centro de Educacion en Salud

Mercedes Olano
MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Secretaria Académica

REPUBLICA DE COLOMBIA

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

**HACE CONSTAR QUE**

## CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON

CC.36.546.885

PARTICIPO EN EL CURSO

## INFORMATICA BASICA

DURACION **40** HORAS

**WILLIAM SALCEDO CUAO**
COORDINADOR ACADEMICO

Santa Marta, 16 de Junio de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

MULTISECTORIAL
CENTRO DE FORMACION

SGC2003CP00082 16/06/2003
No Y FECHA DE REGISTRO

CONSTANCIA DE PARTICIPACION F5-129

*Republica de Colombia*
*Departamento del Magdalena*

CESMAG
GABRIEL ANGULO

*y en su nombre*

## EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
## CESMAG "GABRIEL

Creado mediante Decreto 816 de diciembre 13 de 1949, aprobado por Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1949 y Modificada mediante Ordenanza No. 020 de diciembre de 1992

*Certifica que:*

# *Claudia Patricia Rodríguez Pinzón*

*C.C. No.* **36.546.885** *expedida en* Santa Marta (Magdalena)

*Asistió al Seminario Taller*

## "Circulante en Sala de Cirugía"

*Realizado con una duración de 25 días*

*En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta, a 22 de abril de 2005*

**ANSELMO AHUMADA LINERO**
**Director CESMAG**

**YAMILE PEREA BOLAÑO**
**Instrumentadora Quirúrgi**

# Vitalis S.A.C.I.

Certifica que:

Participó en la capacitación de

## BUENAS PRACTICAS DE USO DE MEDICAMENTO PARENTERALES

Realizada en Santa Marta, el día 10 de Junio de 2009
Intensidad: 2 horas

Dra. Liana Camargo
Jefe de Promoción Médica

Dr. Milton Castañeda
Gerente Médico

# Universidad del Magdalena
## Programa de Enfermería

CERTIFICA QUE:

# CLAUDIA RODRIGUEZ
# C.C. 36546885

Asistió a la I JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PROCESO DE ATENCIÓI DE ENFERMERÍA (P.A.E.), Santa Marta 3 y 4 de diciembre de 2009.

Con intensidad de 8 horas

GUILLERMO TROUT GUARDIOLA
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ
DIRECTORA ACADEMICA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA




CERTIFICA QUE

CLAUDIA RODRIGUEZ RINZON

**Participó en el**

Asistió al CURSO DE FORMACION DE CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Intensidad de 40 horas, los dias 25, 26, 27, 28 y 29 de Noviembre de 2013,
desarrollado en el Distrito de Santa Marta

**DAIRID PONTALVO BUELVAS**
Secretaria de Salud
Distritalde Santa Marta

**ANSELMO HOYOS FRANCO**
Coordinador del PIC
E.S.E. Alejandro Próspero Reverend
Secretaría de Salud Distrital

**PATRICIA PONCE GUIDA**
Lider de Salud Pública

REPUBLICA DE COLOMBIA

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE

## CLAUDIA RODRIGUEZ PINZON

CC.36.546.885

PARTICIPO EN EL CURSO

## BASICO DE ECONOMIA SOLIDARIA

DURACION 20 HORAS

MARIA T. PINEDO BRUGES
TEC 03 REGISTRO Y CERTIFICACION

Santa Marta, 15 de Junio de 2005
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

0843960

CENTRO MULTISECTORIAL
CENTRO DE FORMACION

SGC2003CP00030 07/07/2003
No Y FECHA DE REGISTRO

Educación Clínica
Johnson & Johnson
MEDICAL
Cuidado de Heridas

Wound Management

# ETHICON
# CUIDADO AVANZADO DE HERIDAS

*CERTIFICA*

## CLAUDIA RODRIGUEZ .

**Asistió al programa Educativo para el Cuidado Avanzado de Heridas**
**10 Módulos**
**12 Horas**

**ELAYNE MANCIPE.**
**ASESORA ESPECIALISTA**

**GERMAN ALONSO AGUIRRE**
**ESPECIALISTA MANEJO DE HERIDAS**

Johnson & Johnson

*Lugar: SANTA MARTA*

*Fecha Febrero de 2008.*

**Servicio Seccional de Salud del Magdalena**
**Escuela de Auxiliares de Enfermería**
**"GABRIEL ANGULO"**
SANTA MARTA

# HACE CONSTAR:

QUE CLAUDIA RODRIGUEZ

ASISTIO AL:

CURSO " HAY QUE HACER EL AMBIENTE HAY QUE VIVIR SONRIENTE "

REALIZADO EN SANTA MARTA DEL 27 AL 31 DE JULIO 1.987.-

Servicio Seccional de Salud del Magdalena
Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO" Santa Marta

COORDINADORA
Coordinadora

Servicio Seccional de Salud del Magdalena
Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO"

DIRECTORA
Dirección

Tip. Apolo-8/87

*REPUBLICA DE COLOMBIA*
*GOBERNACION DEL MAGDALENA*
*SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD*
*DESARROLLO INSTITUCIONAL*

**RESOLUCION No 47-** 0340

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una Institución de Educación No Formal, en el área de la salud"

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de1994, emanados del Ministerio de Salud , y

**CONSIDERANDO**

1. - Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación no formal, para su debido ejercicio.

2. - Que **CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZON,** con cédula de ciudadanía Nº 36. 546. 885 de Santa Marta, ha solicitado a la Secretaria de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado de TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO. Según acta de certificación Nº 107 del 04 Junio del 2001.

**RESUELVE**

**ARTICULO PRIMERO**: Registrar el certificado de TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA a **CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZON,** con cédula de ciudadanía Nº 36. 546. 885 de Santa Marta, por EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO
**PARRAFO:** Este documento tiene validez en todo el territorio nacional.

**ARTICULO SEGUNDO**: Notificar personalmente a CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZON, el contenido de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.001

28 JUN 2001

**MARIO VELASQUEZ LINERO**
**Secretario de Desarrollo de la Salud**

**PIEDAD DE LA HOZ OROZCO**
**Profesional Universitario**

**Atención telefónica a través del Centro de Contacto:**
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
**Horario de atención:**
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.



Cambiar

4328

Verificar Registro en ReTHUS  Limpiar

**Resultado General -2023-02-08→6:26:17 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 36546885 | CLAUDIA | PATRICIA | RODRIGUEZ | PINZON | 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) CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON identificado(a) con CC 36546885 registra La siguiente información:**

**2023-02-08→6:26:17 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora | La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de |
|---|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2001-06-28 | 340 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA | |

**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 Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).**

**Atención telefónica a través del Centro de Contacto:**
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
**Horario de atención:**
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

Cambiar

2973

Verificar Registro en ReTHUS  Limpiar

**Resultado General -2023-06-08→4:57:54 PM -2023-06-08→7:33:46 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 36546885 | CLAUDIA | PATRICIA | RODRIGUEZ | PINZON | 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) CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON identificado(a) con CC 36546885 registra La siguiente información:**

**2023-06-08→7:33:46 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2001-06-28 | 340 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |

**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 Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).**

# LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

**NIT: 900223619-0**

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225340-2018

**CERTIFICA QUE:**

*CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON*

**C.C. N° 36546885**

**ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:**

## *ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012*

**CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.**
**DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.**

**PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.**

**CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA**
**GERENTE ENTHA LTDA**

**MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA**
**COORDINADORA ACADEMICA**

9

CV-202112-BLS0057

CON EL AUSPICIO DE:

**EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS**

*Certifica que:*

# CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZON
# C.C. 36.546.885

**ASISTIÓ Y APROBÓ**

## CURSO TALLER DE B.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 10, 11 y 12 de diciembre de 2021, con una intensidad académica de 48 horas.

**PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO**
**ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA**

*Fecha sugerida renovación certificado y credencial* para reentrenamiento **diciembre de 2023**

Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202203-AIGD0008

CON EL AUSPICIO DE:

# EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

*Certifica que:*

## CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZÓN
## C.C 36.546.885

**ASISTIÓ Y APROBÓ**

## ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 12 de marzo 2022, con una intensidad académica de 9 horas.

**PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO**
**ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA**

*Fecha sugerida renovación certificado y credencial* para reentrenamiento **marzo de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202203-AVAQ0012

CON EL AUSPICIO DE:

# EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

*Certifica que:*

## CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZÓN
## C.C 36.546.885

**ASISTIÓ Y APROBÓ**

## ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 12 de marzo de 2022, con una intensidad académica de 9 horas.

**PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO**
**ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA**

*Fecha sugerida renovación certificado y credencial* para reentrenamiento **marzo 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL
U. METROPOLITANA - U. SIMÓN BOLÍVAR
LIC. S. O. 11030 SSM

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 10/12/2022 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON
CC: 36.546.885 Sexo: F Edad: 58 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

| **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR** |
|---|
| ***Recomendaciones y/o restricciones:*** <br> o USO DE EPP <br> o HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE <br> o PAUSAS ACTIVAS |

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes

**No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)**

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM:0556 S.S.M - LIC.11030
UNIMETRO - UNIBOLIVA

**SANTANDER MARQUEZ**
**Medico Laboral**
**R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M**

**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 **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON,** identificada con cédula de ciudadanía **No. 36.546.885** 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. **208** de fecha 08 de Noviembre de 2011, con un plazo de ejecución contado a partir del 08 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2011, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS DOS PESOS ($2.457.602).
2. No. **202** de fecha 11 de Enero de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 11 de Enero al 10 de Julio de 2012, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
3. No. **933** de fecha 03 de Septiembre de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Septiembre al 31 de Octubre de 2012, por un valor de CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS ($4.140.000).
4. No. **109** de fecha 30 de Enero de 2013, con un plazo de ejecución de 6 meses contados a partir del 31 de Enero al 30 de Junio de 2013, por un valor de SEIS MILLONES NOVECINTOS MIL PESOS ($6.900.000).
5. No. **605** de fecha 15 de Julio de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de Julio al 16 de Agosto de 2013, por un valor mensual de UN MILLON CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($1.150.000).
6. No. **1086** de fecha 09 de Octubre de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de Octubre al 31 de Diciembre de 2013, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($5.750.000).
7. No. **369** de fecha 21 de Enero de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 30 de Enero al 30 de Junio de 2014, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
8. No. **1190** de fecha 10 de Septiembre de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2014, por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($4.600.000).
9. No. **143** de fecha 07 de Enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de Enero al 31 de Marzo de 2015, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3.450.000).
10. No. **634** de fecha 27 de Marzo de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2015, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
11. No. **1692** de fecha 01 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de Octubre de 2015, por un valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($4.800.000).

VIGILADO Supersalud



hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

12. No. **2394** de fecha 06 de Noviembre de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2015, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
13. No. **521** de fecha 05 de Enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 05 hasta el 31 de Enero de 2016, por un valor de UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
14. No. **927** de fecha 02 de Febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Febrero hasta el 31 de Marzo de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
15. No. **1920** de fecha 01 de Abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril hasta el 30 de Junio de 2016, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
16. No. **2280** de fecha 01 de Julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
17. No. **3219** de fecha 01 de Septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Septiembre hasta el 31 de Octubre de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
18. No. **4009** de fecha 02 de Noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
19. No. **182** de fecha 03 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 03 de Enero hasta el 30 de Junio de 2017, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
20. No. **1468** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
21. No. **1949** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Septiembre hasta el 30 de Septiembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
22. No. **2592** de fecha 05 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 05 de Octubre hasta el 30 de Noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
23. **ADICION Y PRORROGA NO. 001** de fecha 29 de noviembre de 2017 de la orden **No. 2592** por un tiempo de ejecución del 01 al 31 de diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
24. No. **414** de fecha 04 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Enero hasta el 30 de Junio de 2018 y por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
25. No. **1141** de fecha 03 de Julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 03 de Julio hasta el 30 de Septiembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
26. No. **2062** de fecha 01 de Octubre de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Octubre hasta el 31 de Diciembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
27. No. **234** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Enero hasta el 30 de Junio de 2019, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).

VIGILADO Supersalud



hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

28. No. **1494** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
29. No. **2214** de fecha 01 de Noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).
30. No. **500** de fecha 02 de enero de 2020, con fecha de ejecución del 02 de enero hasta el 30 de abril de 2020, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
31. No. **1101** de fecha 01 de mayo de 2020, con fecha de ejecución del 01 de mayo hasta el 30 de junio de 2020, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).
32. No. **2095** de fecha 01 de julio de 2020, con fecha de ejecución del 01 de julio hasta el 30 de septiembre de 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
33. No. **2771** de fecha 01 de octubre de 2020, con fecha de ejecución del 01 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
34. No. **411** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
35. No. **1397** de fecha 01 de Abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
36. No. **2307** 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 CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
37. No. **3463** 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 CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
38. No. **392** 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 CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).

**OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** PARA TODA LA POBLACIÓN USUARIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintiséis (26) días del mes de enero de 2022.

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

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

VIGILADO Supersalud



hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Minsalud

**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Claudia

Apellidos: Rodriguez Pinzon

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36546885

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 10 Año 1962

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | 28-04-16 | D265 | Rosa Perez |
| Idaf celular | 1 | 27-04-14 | AC37B295D | Vanesa Carrascal |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 18-11-13 | UFX130003 | Marta lopez |
| | 2 | 30-01-14 | UFX130004 | Marta lopez |
| | 3 | 30-07-14 | UFX130005 | Marta lopez |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 27-04-14 | J3A93 | Vanesa Carrascal |
| Otras: Meningococo | U | 28-04-16 | R018253 | Rosa Perez |
| | | | | |
| | | | | |

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 | 2022-12-10 19:02 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| CLAUDIA | PATRICIA | RODRIGUEZ | PINZON |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 36546885 |

Lugar de nacimiento

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | SANTANDER | BUCARAMANGA |

Lugar de domicilio

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | 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 | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | 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 | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | $18.000.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $18.000.000,00 |

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 | $50.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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:

| |
|---|
| |

Bogotá, Junio / 8 de 2023

Señor (a): CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON
CC. 36546885
MZ 17 CA 13 BOLIVARIANA B
BOGOTÁ

**Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.**

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Junio / 1 de 2015, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

**CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.**

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL**
**SALUD TOTAL EPS-S S.A.**
Elaboró: *Oficina Virtual*

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 y 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.

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36546885,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de junio de 2023.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

| HJMB 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 | HOSPITALIZACION Y CUIDADOS CRITICOS | DICIEMBRE DEL 2021 |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | Sexo | | |
|---|---|---|---|
| CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON | M | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 36546885 | SANTA MARTA | 26/11/1980 |

| 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 | Familiar | Rural | Urbano |
| X | | | | | | | | X | 2 | | | X | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 10 | 1982 | BUCARAMANGA | MZ 17 CASA 13 BOLIVARIANA | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| claudiapatricia1712@yahoo.com | 3008328446 | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | X | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | 8692 | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| Las actividades de enfermeros, parteras, fisioterapeutas, terapistas respiratorios, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos u otro personal paramédico como enfermeros escolares, | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | FISIOTERAPEUTA |

| 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 | 18,000,000 | Total Egresos mensules | |
|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensules | | Otros Egresos Mensuales | |
| Total Activos | | Total Pasivos | |

| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes | 12 | Año | 2020 | Es declarante? | SI | X | NO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 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? |
|---|
| Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? |
| Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: |

## 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: ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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



Claudia Rodriguez Pinzon

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