[redacted]



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33.067.013

ZAMBRANO HERNANDEZ
APELLIDOS

ARMIS ISABEL
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1976
SUCRE
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

04-JUN-1996 MAGANGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-0500400-20163653-F-0033057013-20071210 00204 07344C 02 210104882

Escaneado con CamScanner

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

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Armis Isabel Zambrano Hernandez, Identificado con Cédula No. C.C 33.067.013 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: ARMIS ZAMBRANO HERNANDEZ

	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		
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 (**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 ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
37	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx		

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **33067013**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	33067013	ZAMBRANO	HERNÁNDEZ	ARMIS	ISABEL	07/09/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

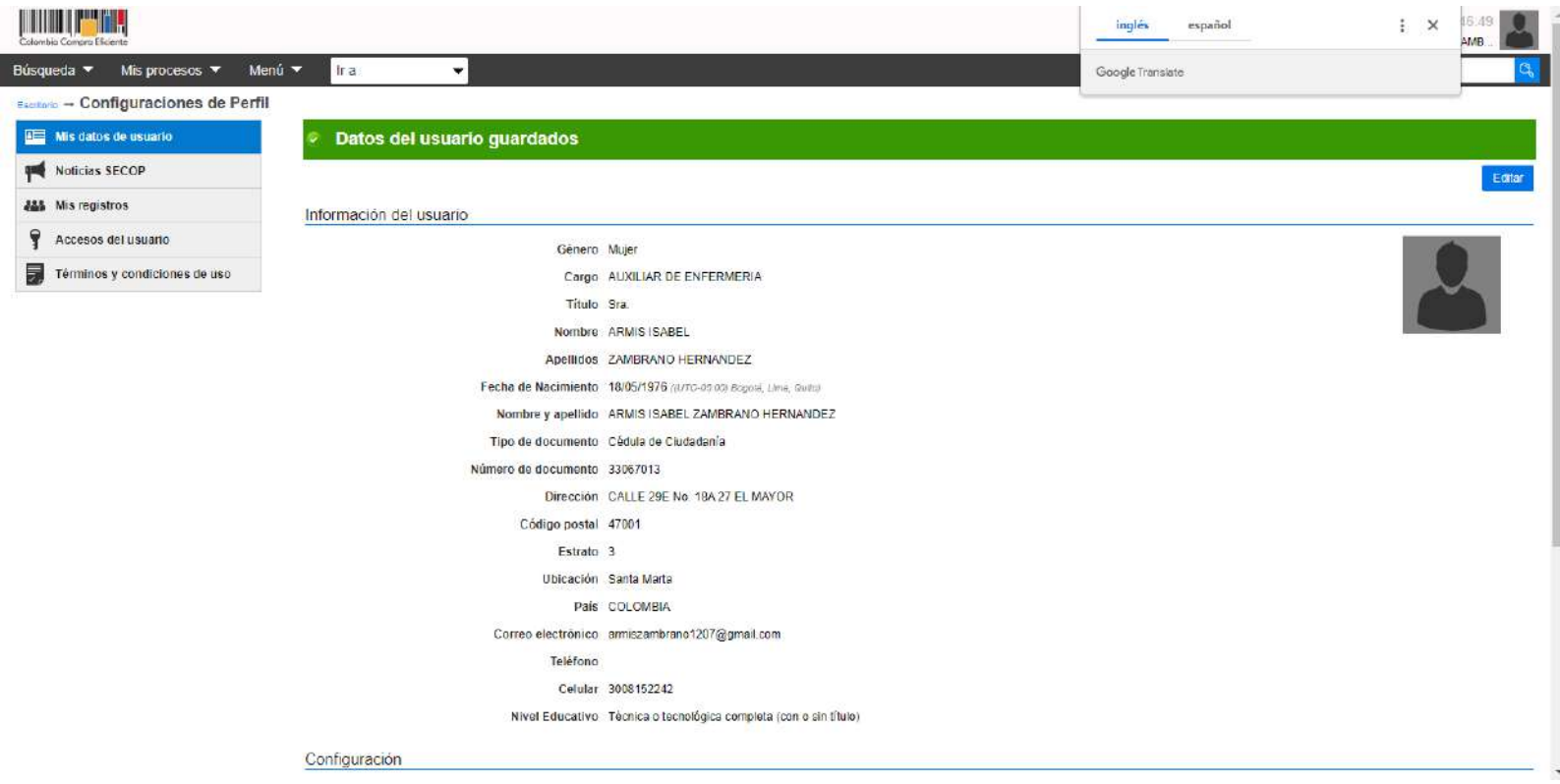
El(la) suscrito(a) ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ identificado con C.C./C.E./P.P No. C.C 33.067.013 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. 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 07 del mes de Junio de 2023.

Firma ARMIS ZAMBRANO H.
Nombre ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ
Cédula C.C 33.067.013

COPIA CONTROLADA


Colombia Compra Eficiente
inglés
español
Google Translate
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
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 ARMIS ISABEL
Apellidos ZAMBRANO HERNANDEZ
Fecha de Nacimiento 18/05/1976
Nombre y apellido ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 33067013
Dirección CALLE 29E No. 18A 27 EL MAYOR
Código postal 47001
Estrato 3
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico armiszambrano1207@gmail.com
Teléfono
Celular 3008152242
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Configuración

D.T.C.H SANTA MARTA JUNIO DEL 2023

Doctor

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Ciudad

Cordial Saludo

A solicitud de su respetada institución yo ARMIS ZAMBRANO HERNANDEZ

identificado con C.C No. 33.067.013 de MAGANGUE

le solicito a usted dejarme ingresar como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro del área de PSIQUIATRIA espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ

C.C 33.067.013 de MAGANGUE

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14594835601

(415)7707212489984(8020) 000001459483560 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 3 0 6 7 0 1 3	4	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 iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 3 0 6 7 0 1 3	1 9 9 6 0 6 0 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolivar 1 3	Magangué 4 3 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZAMBRANO	HERNANDEZ	ARMIS	ISABEL

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 30 39

42. Correo electrónico

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 8 1 5 2 2 4 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																			

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 2019 - 06 - 07

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 15-12-2021 02:50:53PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

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
Zambrano	Hernandez	Armis Isabel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 33067013	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DIA 18 MES 05 AÑO 1976		- CALLE 29E No. 18A 27 EL MAYOR			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	SUCRE	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SUCRE	TELÉFONO	3008152242	EMAIL	armiszambrano1207@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1996
										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	4	X			08	1998	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Cursos		EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	08	1998

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 ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3008152242	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AREA DE PSIQUIATRIA	- CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	11	*Mes*	11	*Año*	2011	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	CARRERA 14 N 23 42 ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	04	*Mes*	11	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA		calle 23-14 esquina

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
RED CARIBE CTA		X	COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3689786	*Día*	01	*Mes*	10	*Año*	2010	*Día*	27	*Mes*	10	*Año*	2011

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CARRERA 50 N 75 20 OFICINA 202

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVIEFECTIVOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3689340	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	05	*Año* 2010	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* VIA 40 No 69-138 SEGUNDO PISO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCLA SAN JOSE DE ACHI BOLIVAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* ACHÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6820398	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	11	*Año* 2000	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2008	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 N 18 27						

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*						

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	19	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	20	8

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DE BOLIVAR

CENTRO DEPARTAMENTAL DE CAPACITACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DE BOLIVAR

Creada mediante Decreto No. 1292 de Septiembre 21 de 1965 y Licencia de funcionamiento No. 0301 de Junio 5 de 1968 de la Gobernación de Bolívar y Aprobación Oficial según Resolución 8522 de 1984 del Ministerio de Salud

CERTIFICA QUE:

Armis Isabel Zambrano Hernandez

Identificado con Cédula de Ciudadanía No 33.067.013 Magangue, cursó y aprobó el Programa de Estudios Teórico - Prácticos, establecidos por el Ministerio de Salud, que lo acreditan para ejercer como:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECTORA

DIRECTOR DASALUD

JEFE SECCION DOCENTE

MAGANGUE, 28 DE AGOSTO DE 1998

001300

Registrado en el Folio No. 98
del Libro de Certificado No. 1
del Centro Departamental
de Capacitación del Recurso
Humano en Salud.

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

Certifica que:

ARMI ZAMBRANO

Asistió a la:

I JORNADA DE ACTUALIACION: CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIENTES EN EL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

SANTA MARTA, 01 DE JUNIO DE 2010

INTENSIDAD 8 HORAS

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ
DIRECTORA DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA

GUILLERMO TROUT GUARDIOLA
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escaneado con CamScanner

"NORMAS DE BIOSEGURIDAD ASOCIADAS CON LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN EN SALUD"

I Primera Jornada de Actualización para el Recurso Humano en Enfermería

CERTIFICA QUE:

ARMIS ZAMBRANO

Que asistio a la primera jornada de actualización para el recurso humano en enfermeria denominado NORMAS DE BIOSEGURIDAD ASOCIADOS CON LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS BASICOS EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN EN SALUD con una intensidad horaria de cuatro horas.

PROGRAMA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

ENFERMERA DIANA ACOSTA
Coordinadora del Programa de Enfermeria

ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUIDADO CRITICO IRENE LEGUISAMO
Coordinadora De La Catreda

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
1961

Se expide el presente certificado, en Santa Marta, a los 17 dias del mes de Octubre de 2013

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 33.067.013

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL AVANZADO

Con una duración de 60 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cartagena a los Cinco (5) días del mes de Febrero de Dos Mil Diez (2010)

OSCAR OCAMPO CANISALEZ
COORDINADOR ACADEMICO CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLIVAR

29/12/2009
Fecha Registro

Escaneado con CamScanner

Libertad y Orden

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

LA CAMARA DE COMERCIO DE MAGANGUÉ

CAMARA DE COMERCIO MAGANGUÉ

Confieren el Certificado de Participación en el:

DIPLOMADO EN SALUD OCUPACIONAL

Con una duración de : 105 horas

A:

ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ

C.C. No: 33.067.013

Dado en Magangué, a los 26 días del mes de octubre de 2.009

HENRY BORRE ATHIAS
Director Ejecutivo
Cámara de Comercio de Magangué

ANA MARIA BERBEO RODRIGUEZ
Profesional en Salud Ocupacional
Res. No. 10052849

Escaneado con CamScanner

Hospital universitario Fernando Troconis y la Universidad Cooperativa de Colombia

Certifica que:

Armis Lombrano Hernandez

Participo como asistente al

SEMINARIO SOBRE NOTAS DE ENFERMERÍA SU IMPORTANCIA E IMPLICACIONES LEGALES. HUMANIZACIÓN Y BALANCE DE LÍQUIDOS

REALIZADO EL DÍA 28 DE SEPTIEMBRE CON UNA INTENSIDAD HORARIO DE 4 HORAS

GRACIELA BASTIDAS
JEFE DE DEPARTAMENTO

Escaneado con CamScanner

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg. EN02295640-2020

CERTIFICA QUE:

ARMIS ZAMBRANO HERNÁNDEZ

C.C. N° 33067013

ASISTIÓ AL CURSO TALLER DE:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

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 OCHO (08) HORAS ACADEMICAS.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, EL DIA 05 NOVIEMBRE 2020.

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

CARLOS A. RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE –ENTHA LTDA

Escaneado con CamScanner

CAPACITAR

CENTRO DE FORMACION EMPRESARIAL Y DE SISTEMAS
AUTORIZACION OFICIAL N° 0962 de 2005 centro calle 11 N° 3-81 2° Piso Tel: 6876403

CERTIFICA

QUE: ARMIS ZAMBRANO HERNANDEZ Identificada con Cedula de Ciudadanía N° 33.067.013 de Magangué. Realizo el Curso Auxiliar en Sistemas.
Para mayor constancia se firma y sella en Magangué, a los veinte tres (23) días del mes de Enero de 2.009.

CAPACITAR

JAMES GUTIERREZ ALVAREZ
DIRECTOR CAPACITAR

CERTIFICADO N° 225

Escaneado con CamScanner

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 3164
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 33.067.013, expedida en Magangue – Bolivar, solicitó ante esta Secretaría la **INSCRIPCIÓN** del ejercicio de su oficio como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, otorgado por **EL CENTRO DEPARTAMENTAL DE CAPACITACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD**, De Magangue según Acta de grado No. 65 con fecha 28 de Agosto de 1998 y quien presenta Resolución de Autorización para el Ejercicio Profesional No. 13-002623, expedida por El Departamento Administrativo de Salud de Bolivar de fecha 18 de Octubre de 1998.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Inscribir a **ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 33.067.013, expedida en Magangue – Bolivar, para ejercer su oficio como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizó el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 09 AGO 2013

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado: Tatiana Cotes

Revisada: Piedad De la Hoz

RESPETO POR EL MAGDALENA

Escaneado con CamScanner

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar | Registrarse | Ayuda

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación * | Número de Identificación * | Primer Nombre | Primer Apellido

Cedula de Ciudadania | 33067013 | | |

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7193

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-05-15→9:29:59 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	33067013	ARMIS	ISABEL	ZAMBRANO	HERNANDEZ	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) ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ identificado(a) con CC 33067013 registra La siguiente información:

2023-05-15→9:29:59 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	1998-10-16	2623	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD BOLIVAR

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).

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.

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ

Cedula de Ciudadanía N° 33.067.013

Asistió y aprobó el curso de:

PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Santa Marta el 27 de Noviembre del 2021

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo: gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 324-300-3509

Código de Verificación: AVVS213439-3450

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Escaneado con CamScanner

CIES

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ

Cedula de Ciudadanía N° 33.067.013

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Lineamientos de las guías AHA 2020

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Santa Marta el 5 de Diciembre del 2021

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Validez 2 Años

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo: gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 324-300-3509

Código de Verificación: CSVBR211124-1235

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Escaneado con CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Armis Isabel Zambrano Hernandez

CC 33067013 de Magangue, Bolivar

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-08
Fecha de vencimiento: 2025-06-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Armis Isabel Zambrano Hernandez

CC 33067013 de Magangue, Bolivar

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto 1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-05
Fecha de vencimiento: 2025-06-05

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LABORATORIO CLÍNICO MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 15/12/2022

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ
Identificación: CC: 33067013
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha nacimiento: 18/05/1976
Edad: 46
Genero: Femenino
Estado civil: Unión Libre
Escolaridad: Técnica
Teléfono:
Dirección: Santa marta,
Nº hijos: 3
ARL:
EPS: Mutual Ser EPS
AFP: Protección S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

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

Recomendaciones especificas

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

NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

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

Aspirante o trabajador
ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ
Identificación: CC: 33067013

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1995 DEL 2000

Powered by CamScanner

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, **ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **33.067.013** expedida en Magangué (Bolívar), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **191** de fecha 09 de Noviembre de 2011, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2011, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SITE MIL SEISCIENTOS DOS PESOS ($2.457.602).
2. No. **162** de fecha 11 de Enero de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del día 11 de Enero hasta el 10 de Julio de 2012, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
3. No. **906** de fecha 30 de Agosto de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del día 30 de Agosto al 31 de Octubre de 2012, por un valor de CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS ($4.140.000).
4. No. **1146** de fecha 13 de Noviembre de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del día 13 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre de 2012, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS ($2.760.000).
5. No. **174** de fecha 8 de Febrero de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del día 14 de Febrero hasta el 30 de Junio de 2013, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
6. No. **595** de fecha 15 de Julio de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del día 15 de Julio hasta el 24 de Agosto de 2013, por un valor de UN MILLÓN CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($1.150.000).
7. No. **1125** de fecha 11 de Octubre de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del día 11 de Octubre hasta el 31 de Diciembre de 2013, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($5.750.000).
8. No. **494** de fecha 24 de Enero de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del día 30 de Enero al 30 de Junio de 2014, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
9. No. **885** de fecha 16 de Julio de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del día 31 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2014, por un valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($2.300.000).
10. No. **1162** de fecha 10 de Septiembre de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del día 10 de Septiembre hasta el 31 de Diciembre de 2014, por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($4.600.000).
11. No. **482** de fecha 07 de Enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del día 07 de Enero hasta el 31 de Marzo de 2015, por un valor TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3.450.000).
12. No. **883** de fecha 01 de Abril 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).
13. No. **1805** 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 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

14. No. **2302** 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).
15. No. **649** de fecha 14 de Enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 14 al 31 de Enero de 2016, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
16. No. **813** de fecha 02 de Febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Febrero al 31 de Marzo de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
17. No. **1795** de fecha 01 de Abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Abril hasta el 30 de Junio de 2016, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
18. No. **2267** 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).
19. No. **3018** 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).
20. No. **3672** 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).
21. No. **615** de fecha 10 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 10 de Enero hasta el 30 de Junio de 2017, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
22. No. **1070** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Julio hasta el 31 de Julio de 2017, por un valor de un MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
23. No. **1574** de fecha 01 de Agosto de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Agosto hasta el 31 de Agosto de 2017, por un valor de un MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
24. No. **1947** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Septiembre hasta el 31 de Septiembre de 2017, por un valor de un MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
25. No. **2352** de fecha 09 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 09 de Octubre hasta el 30 de Noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
26. **ADICIÓN Y PRORROGA 001** de fecha 29 de noviembre de 2017, de la orden de prestación de servicio **No. 2352,** con un plazo de ejecución del 01 al 31 de diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
27. No. **132** 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, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
28. No. **1433** 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).
29. No. **2159** 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).
30. No. **065** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Junio 2019, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).
31. No. **1684** 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).
32. No. **2061** 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 DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).

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

33. No. **762** de fecha 02 de Enero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
34. No. **1424** de fecha 01 de Mayo de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).
35. No. **2065** de fecha 01 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
36. No. **3046** de fecha 01 de Octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
37. No. **611** 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).
38. No. **1040** 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).
39. No. **2058** de fecha 01 de Julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de septiembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
40. No. **3245** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000)
41. No. **331** 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).
42. No. **1776** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000).
43. No. **2768** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de NUEVE MILLONES DE PESOS ($9.000.000).
44. No. **637** de fecha 02 de Enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de Enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
45. No. **1192** de fecha 01 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($5.400.000).

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

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintiocho (28) días del mes de abril de 2023.

KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO
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: Armis Isabel

Apellidos: Zambrano Hernandez

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No.

Fecha de nacimiento: Día 1 8 Mes 0 5 Año 1 9 7 6

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	14/1/05	602	NOVARTIS ARGOTA
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	3-05-08		
	2			
	3	1-12-08	EU40703-B	
	4	18/11/09	EU404802	
	5			
Contra Hepatitis B	1	7-05-08		
	2	7-06-08		
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	28-07-09	094802		
Otras				

Escaneado con CamScanner

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	OTRO	Fecha de publicación	2023-02-14 18:05

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ARMIS	ISABEL	ZAMBRANO	HERNANDEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	33067013

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$1.800.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$1.800.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

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:

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **ZAMBRANO HERNANDEZ ARMIS ISABEL** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **33067013** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**03/02/2017**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 07 de junio del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

• NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
• No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
• Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
• Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **33067013,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ** con **CC** No. **33067013**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/06/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/08/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301016138788.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de junio de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	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 ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ

Sexo			
M		F	X

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		33067013	MAGANGUE BOLIVAR	4/06/1996

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		3			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
18	5	1976	SUCRE SUCRE	CALLE 29E #18A - 27 EL MAYOR	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
armiszambrano1207@gmail.com	3008152242	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				8	6	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICA CON INTERNACION

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
E.S.E HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
KRA 14 #23-12	SANTA MARTA	ALCACERES	4366262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.800.000			Total Egresos mensules 1.800.000					
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X	

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SALARIO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades ilicitas 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 ilicitas 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.

Armis Zambrano

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):

Powered by CamScanner