REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.564.142**

NUÑEZ PARRA
APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ENE-1968**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-ABR-1987 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2100100-51119251-F-0036564142-20040218 00325 040490 02 137456126

HUJMB	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,** Claudia Patricia Nuñez Parra, identificado con Cédula No. 36364172 y Profesión Auxiliar de Enfermería **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: Claudia Nuñez

	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		

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36564142**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36564142	NUÃ‘EZ	PARRA	CLAUDIA	PATRICIA	2022-07-21, 11:27 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

HJMB	**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) Claudia Patricia Nuñez Parra identificado con C.C./C.E./P.P No. 36564142 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 _____ del mes de Junio de 2023.

Firma _____
Nombre Claudia Patricia Nuñez Parra
Cédula 36 564 142 Santa Marta.

COPIA CONTROLADA


1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Volver
Imprimir
Identificación del contrato
ID del contrato en SECOP CO1.PCCNTR.4697101
Versión del contrato 2
Estado de contrato En ejecución
Fecha de generación del estado 28/02/2023 4:56:13 PM
Número del contrato CO20231214
Objeto del contrato 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
Tipo de Contrato Prestación de servicios
¿Asociado a otro contrato? Si No
Duración del contrato 4 Meses
Fecha de inicio de contrato 1/03/2023 2:00:00 PM
Fecha de terminación del contrato 23 días para terminar
Tiempo adiciones en días 30 días
Liquidación Si No *
Obligaciones Ambientales Si No *
Obligaciones pos consumo Si No *
Reversión Si No *
Información de la Entidad Estatal contratante
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Santa Marta, 2023

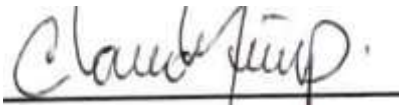
Doctor:
GERMAN VARGAS
Gerente
Hospital Julio Mendez Barreneche

REFERENCIA: PROPUESTA DE TRABAJO

Cordial Saludo

La suscrito **CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA**, identificada con cedula de ciudadanía **No. 36564142** expedida en **SANTA MARTA (MAGDALENA**) de acuerdo con los requerimientos del Hospital Julio Méndez Barreneche, me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta para ejercer mis funciones como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en esta institución.

En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones del objeto del contrato que se me adjudique, contando con tener la oportunidad que esta propuesta sea aceptada



Atentamente,
IGNACIA FERRER JIMENEZ
C.C 36564142

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14191303913

(415)7707212489984(8020) 000001419130391 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3656414 2	9	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	36564142	1987 04 15

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NUÑEZ	PARRA	CLAUDIA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

41. Dirección principal: CL 18 A 5 13 BRR RODADERO SUR

42. Correo electrónico

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3012765687	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2011 10 06				8699	

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 20																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022- 12 - 14

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 MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO 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
Nuñez	Parra	Claudia Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36564142	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 29 MES 01 AÑO 1968	CALLE 18 A 5 11 CASA RODADERO SUR			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	4227327	EMAIL	claudianunez251@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 PRIMARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5° X	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1979

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			10	1991	0608

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	El Servicio Nacional de Aprendizaje sena	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION BASICA A PERSONAS CON CONSUMODE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	07	2022
VIRTUAL	POLITECNICO MAYOR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	DIPLOMADO EN CONOCIMIENTOS BASICOS SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES Y CON ADICCIONES	02	2021
Seminario	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA PROGRAMA DE ENFERMERIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ACTUALIZACION PAI	11	2012
Taller	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA FACULTAD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		05	2010

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*
	DE CIENCIAS DE LA SALUD				
Cursos	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	RELACIONES INTERPERSONALES Y SERVICIO AL CLIENTE	10	2006
Cursos	EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CURSO BASICO DE ECONOMIA SOLIDARIA	09	2005
Seminario	CENTRO DE REHABILIATACION FERNANDO TROCONIS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CUARTA JORNADA DE ACTUALIZACION EN PSIQUIATRIA	08	2005

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD		*DEPENDENCIA* AREA PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S. E.			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S. E.			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S. E.			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S. E.			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 BARRIO LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 BARRIO LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 BARRIO LOS ALCANZARES.					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO "FERNANDO TROCONIS"			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	03	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO "FERNANDO TROCONIS"			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO		*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	10	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* SIN DATO					
DEPARTAMENTO SIN DATO		*MUNICIPIO* SIN DATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	11	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	02	*Año* 2013	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	08	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año* 2012	*Día*	11	*Mes*	06	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	11	*Año* 2011	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD REDCARIBE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3689786	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2011	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 50 N 75 20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SORY C			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3560275	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2007	*Día*	13	*Mes*	01	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 76 N 42 78						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 215894	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	02	*Año* 1993	*Día*	27	*Mes*	08	*Año*	1994	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO MEDICO DE ESPECIALISTAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2323100	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 1991	*Día*	01	*Mes*	07	*Año*	1993	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* AV CARACAS N 29-61						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	06	*Año*	1989	*Día*	22	*Mes*	06	*Año*	1991
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CRA 1						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LA MILAGROSA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	1990	*Día*	01	*Mes*	10	*Año*	1990
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 22 N 13 A 09						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PROFAMILIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	1989	*Día*	01	*Mes*	03	*Año*	1990
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	14	8

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, 08 DE FEREBRO 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

El Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA"

Certifica

La Aptitud Profesional de:

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA

C.C.# 36.564.142 DE STA. MARTA

en el oficio de AUXILIAR DE ENFERMERIA

Areas aprobadas

Salud, Familia y Comunidad
Fundamentos de Enfermería
Médico Quirúrgico
Materno Infantil
Prácticas Supervisadas
Etica

Modo de Formación: COMPLEMENTACION

Subgerente Regional

Secretario

Prog. Servs. Hospitalarios — Centro de Formación

B/quilla, 03.10.91 — Ciudad y Fecha

6047-10206 — Registro Nº

TIPO C
F6-052/10-77

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA

Con Cédula de Ciudadanía No. 36.564.142

Cursó y aprobó la acción de Formación

RELACIONES INTERPERSONALES Y SERVICIO AL CLIENTE

Con una duración de 20 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma en Santa Marta a los Dos (2) días del mes de Octubre de Dos Mil Seis (2006)

ANDRES AVELINO ROCA BLANCO
SUBDIRECTOR C. MULT. (COM Y SERV)
REGIONAL MAGDALENA

SGC2006AP00475 02/10/2006
No Y FECHA DE REGISTRO

PROGRAMA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

El Programa de Enfermería
El Programa Ampliado de Inmunizaciones

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN
¿Por qué no hoy?

Certifica la asistencia a la I ACTUALIZACIÓN PAI a:

Claudia Patricia Núñez Parra

Con cédula de ciudadanía No. 36564142

Santa Marta 14 de Noviembre 2012

Ediltrudis Ramos De la Cruz
Directora Académica
Programa de Enfermería

Marta Paredes Bermúdez
Coordinadora PAI

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA

Con Cedula de Ciudadania No. 36564142

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION BASICA A PERSONAS CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Bogotá. a los ocho (8) dias del mes de julio de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
Subdirector
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

83623333 - 08/07/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403002546945CC36564142C.

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE

CLAUDIA NUÑEZ PARRA

CC.36.564.142

PARTICIPO EN EL CURSO

CURSO BASICO DE ECONOMIA SOLIDARIA

DURACION **20** HORAS

MARIA T.PINEDO BRUGES
TEC 03 REGISTRO Y CERTIFICACION

Santa Marta, 26 de Septiembre de 2005
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

REGISTRO Y CERTIFICADO MAGDALENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA 1631370

7MULTISECTORIAL
CENTRO DE FORMACION

SGC2005CP00414 26/09/2005
No Y FECHA DE REGISTRO

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

ACREDITADA POR ALTA CALIDAD

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

INFORMA QUE:

CLAUDIA PATRICIA NÚÑEZ PARRA

IDENTIFICADO CON C.C.

36564142

Participó en el

CURSO DE SALUD MENTAL

Con una duración de 40 horas

Dado a los 3 días del mes de Mayo del 2021

Angela Veronica Romero C FCS

Ángela Verónica Romero Cárdenas
Decana de Facultad de Ciencias de la salud

Diana Acosta S.

Diana Patricia Acosta Salazar
Directora de Programa de Enfermería

El Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA
y ACESI

Hacen constar que

CLAUDIA PATRICIA NÚÑEZ PARRA

Con C.C. 36.564.142

Asistió al Taller

Desarrollo y Transformación Cultural de Organizaciones en Salud

Programa de Formación Continua Especializada 2020

Este certificado se expide en el marco del Convenio No. 0029 de 2020, celebrado entre el SENA y ACESI con una duración de 8 horas.

Bogotá D.C , Diciembre , 2020.

Olga Lucía Zuluaga Rodríguez

Las acciones de formación ejecutadas en el marco de la Convocatoria DG-01-2020 son gratuitas para los trabajadores beneficiarios.

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg. EN02295619-2020

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA NÚÑEZ PARRA

C.C. N°36564142

ASISTIÓ AL CURSO DE:

GESTION DEL DUELO

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 VEINTICUATRO (24) HORAS ACADEMICAS.

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

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

CARLOS RAMREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

FT 028-1

República de Colombia

Departamento de Antioquia

POLITECNICO MAYOR

Agencia Cristiana de Servicio y Educación

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.
Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811029476-0.

HACE CONSTAR QUE:

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA

con documento de identidad C.C. 36564142

Cursó y aprobó

DIPLOMADO CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES Y CON ADICCIONES

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas Nº. 5

Medellín, 28 de febrero de 2021.

MAYKEL BARRAGÁN AMAYA
Rector

Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a http://virtual.politecnicomayor.edu.co, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: PZF6LF

Consultor Integral En Salud

Por medio de solicitud al correo:
mercadeocies@outlook.com
o escribir al WhatsApp +57 300-8780974
Este Certificado puede ser verificado con el siguiente código

Código de Verificación: AVVS20947-1248

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

ACTA No. 44

En Barranquilla a los 3 días del mes de octubre de 1991, fueron expedidos los Certificados de Aptitud Profesional en la especialidad de Auxiliar de Enfermería por complementación del Programa Servicios a la Salud del SENA Santa Marta, Regional Magdalena estos C.A.P. se encuentran registrados en los libros del Dpto. de Registro y Certificación del SENA Regional Atlántico.

Firman: Director Regional, Subdirector de Formación Profesional y Desarrollo Social, Jefe Programa de Salud y Asistente Dpto. Registro y Certificación.

Se otorgaron los siguientes Certificados de Aptitud Profesional en AUXILIAR DE ENFERMERIA.

NOMBRE	No. DE REGISTRO
ABRHAM MARINA ESTHER	6047-10195
AGUILAR MOVILLA NORYS ISABEL	6047-10196
ATIA MIRANDA MARTHA LUCIA	6047-10197
CANTILLO CUETO NIMELDA EDITH	6047-10198
CORREA DE HERNANDEZ MARLENE ESTHER	6047-10199
CORREA PEREZ MARIA ROSALINA	6047-10200
CREUS MARTINEZ IDALBIS LEONOR	6047-10201
CHARRIS PEREZ ELSY NARCISA	6047-10202
GONZALEZ CASTRO FADIAN ENRIQUE	6047-10203
LUCO MANJARRES NUBIA BEATRIZ	6047-10204
MORILLO MOLINA ROSA MARIA	6047-10205
NUÑEZ PARRA CLAUDIA PATRICIA	6047-10206
PEREZ MARTINEZ RUBIELA DEL ACRMEN	6047-10207
PONTELA CORDOBA AMANDA INES	6047-10208
RODRIGUEZ SALINAS AMERIDA DEL SOCORRO	6047-10209
RODRIGUEZ BOLAÑO YANETH ISABEL	6047-10210
SANTANDER PALMERA ALEYDA LUZ	6047-10211
STEBBA SIJANI MARUTH HERNANDO	6047-10212
TORO DE CAMARGO EDILSA BEATRIZ	6047-10213
VILLALOBOS PUPO ELIZABETH	6047-10214
VILLAMIL PEÑA EUCARIS	6047-10215
VISBAL GOICOCHEA MARIA ELENA	6047-10216

Para constancia firman la siguiente Acta: En Barranquilla, a los 5 días del mes de febrero de 1992.

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
NELSON BARRIOS VILLA
Director Regional

NELSON BARRIOS VILLA
DIRECTOR

SARA HELENA DE DEVIA
Jefe Programa de Salud

ALBERTO MEISEL JULIO
Subdirector de Formación Profesional y Desarrollo Social

MARTHA LUCIA
Asistente Dpto. Registro y Certificación

INSTITUTO MAGDALENA

SECCION NOCTURNA

APROBADO POR RESOLUCION No. 21427 DE DICIEMBRE 2 DE 1.983

DIRECCION

SANTA MARTA

Certificado No. 045 de 1.9 86

Los suscritos Rector y Secretaria de la Sección Nocturna del "INSTITUTO MAGDALENA" de Santa Marta, Colegio Oficial, Departamental, aprobado por Resolución No. 21427 de 2 de Diciembre de 1.983, emanada del Ministerio de Educación Nacional

DANE Nº 147001 - 00287

C E R T I F I C A N :

Que CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA - T.I# 65991 cursó y APROBO en este plantel el GRADO VIII de BACHILLERATO ACADEMICO, en el año lectivo. de mil novecientos ochenta y cuatro, con el siguiente resultado:

ASIGNATURAS	CALIFICACIONES No.	CALIFICACIONES Letras	Hs. Ss.
MATEMATICAS	7.2	SIETE DOS	5
BIOLOGIA INTEGRAL	7.7	SIETE SIETE	4
INGLES	7.6	SIETE SEIS	3
ESPAÑOL	6.3	SEIS TRES	4
PAZ. DEMOCRACIA	7.9	SIETE NUEVE	1
GEOGRAFIA DE AMERICA	7.5	SIETE CINCO	3
HISTORIA DE AMERICA	6.9	SEIS NUEVE	2
RELIGION	7.4	SIETE CUATRO	3

CONDUCTA: BUENA

NOTA: Este certificado pertenece a CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA, con T.I. # 65991 de Santa Marta. Se expide el presente a los tres dias del mes de Febrero de 1.986.

EUSTORGIO ESCOBAR OSPINO

C.C.#12.534.405 Santa Marta

RECTOR

INSTITUTO MAGDALENA
SECCION NOCTURNA
RECTOR

CONSUELO FUENTES DE LOPEZ

C.C.#36.521.412 Santa Marta

SECRETARIA.

Ministerio de Educación Nacional

INEM - SIMON BOLIVAR

NIT. 91.780.198

Santa Marta - Colombia

CERTIFICADO No. 393

LOS SUSCRITOS DIRECTOR(A) Y SUB-DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA INEM "SIMON BOLIVAR" DE SANTA MARTA, IDENTIFICADO EN EL REGISTRO EDUCATIVO CON EL 08, APROBADO POR DECRETO 1962 DEL 20 DE NOVIEMBRE DE 1969 Y REGLAMENTADO POR DECRETO 1085 DEL 8 DE JUNIO DE 1971 , RESOLUCION 130 DE ENERO 23 DE 1978.

C E R T I F I C A N :

Que CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA quien se identifica con la C.C.- T.I. número 05991 expedida en Santa Marta cursó y aprobó en este Instituto , en el año de 1.982 el curso ~~Sexto~~ SEPTIMO GRADO de Educación Media Diversificada con las calificaciones e intensidad horaria que se anotan:

ASIGNATURAS	I.H.	CALIFICACIONES	
ESPAÑOL	5	seis dos	(6.2)
SOCIALES	6	siete seis	(7.6)
CIENCIAS NATURALES	4	ocho cero	(8.0)
MATEMATICAS	5	siete seis	(7.6)
INGLES	4	siete cuatro	(7.4)
RELIGION	2	nueve tres	(9.3)
EDUCACION FISICA	2	siete seis	(7.6)
EDUCACION ESTETICA	2	siete nueve	(7.9)

ASIGNATURAS DE EXPLORACION VOCACIONAL;

AGROPECUARIA	5	siete uno	(7.1)
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxx		xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	(xxxxx)xxxxxxx

COMPORTAMIENTO: BUENO

Nota: Este certificado debe autenticarse en la Notaría 1a. Calle 18 No. 3-62 Santa Marta.

Se expide el presente certificado en Santa Marta a los veinticinco (25)días de Enero de mil novecientos Ochenta y tres (1983).

ENRIQUE POSADA FAWCETT
Rector
INEM "Santa Marta".-

SARA CERPA BARROS
Sub-Directora Administrativa
INEM "Santa Marta".-

/Hcc.-

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION
Escuela Anexa a la Normal Nacional de Señoritas
Santa Marta.

LOS SUSCRITOS DIRECTOR Y PROFESOR DEL GRADO QUINTO DE ENSEÑANZA PRIMARIA.

C E R T I F I C A N

Que el Alumno(a) CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA cursó en este establecimiento el Quinto Grado de enseñanza Primaria y obtuvo al finalizar el año escolar de 1.979 las siguientes calificaciones en las áreas de estudio que señala el Decreto No. 274 de Marzo 3 de 1971.

AREAS	INTENSIDAD Horas Semanal.	CALIFICACIONES Nos.	Letras
EDUCACION RELIGIOSA Y MORAL	3—Tres	4.00	(Cuatro cero cero)
MATEMATICAS (Aritmética y Geometría)	5—Cinco	3.00	(Tres cero cero)
LENGUAJE (Lectura, Escrit.Vocab.Fraseología, Comp.Gram.Ortogr.)	6—Seis	3.00	(Tres cero cero)
ESTUDIOS SOCIALES (Historia, Geografía, Civismo y Urbanidad)	5—Cinco	3.50	(Tres cinco cero)
CIENCIAS NATURALES (Ciencias,Higiene, P.Agrop.N. de Física)	5—Cinco	3.50	(Tres cinco cero)
EDUCACION ESTETICA Y MANUAL (Música, Canto, Dibujo, O.Manuales)	3—Tres	4.00	(Cuatro cero cero)
EDUCACION FISICA (Danzas, Gimnasia, Juegos Educativos)	3—Tres	4.50	(Cuatro cinco cero)

Durante el año lectivo el alumno observó una conducta. BUENA

Dado en Santa Marta, a los 16 días del mes de Noviembre de 197 9

Directora del Curso, Avis Fernández P.
Avis del Carmen Fernández Pérez
C.C. # 36.535.381 de Santa Marta

Director(a) del establecimiento Hna Lilia Mejia V.
Hna Lilia Mejia Valencia
C.C. # 22.052.645 de Santa Rosa de Osos.

ESCUELA ANEXA A LA NORMAL — DIRECCION — SANTA MARTA

Nota: Este certificado no puede tener, enmendaduras, borrones, rasgaduras ni interlineados.

SECRETARIA DE EDUCACION – SECCION PRIMARIA

EL SUSCRITO INSPECTOR DE EDUCACION DE LA ZONA No. 1.-

C E R T I F I C A

Que la Escuela Anexa a la Normal Nacional de Señoritas es un plantel oficial y que el presente certificado es correcto y corresponde al cuadro de calificaciones que reposa en esta oficina.

FECHA Noviembre 30 de 1979. FIRMA Gabriel P.

Nota: Este certificado se expide en papel común con membrete, y no necesita autenticación en Notaría, de acuerdo con el artículo 32 del Decreto No.2499 de Diciembre 5 de 1973.

NUEVO INSTITUTO MIXTO RODRIGO DE BASTIDAS
CALLE 19 No. 3-32
SANTA MARTA – COLOMBIA

CERTIFICADO No. 16-111-1989
F.3/87

Los suscritos Rector y Secretario del Nuevo Instituto Mixto RODRIGO DE BASTIDAS de Santa Marta Colombia, Aprobado de Sexto a Noveno Grado de Educación Básica Secundaria y Décimo y Undécimo Grado de Educación Media Vocacional, según Resolución No. 12333 de Septiembre 18 de 1987 para la sección nocturna Emanada del Ministerio de Educación Nacional

C E R T I F I C A N:

Que NUÑEZ PARRA CLAUDIA PATRICIA.- D.I. No. 36.564.142.-
de Santa Marta.- Cursó y aprobó el Décimo.- Grado de
educación Media Vocacional.- durante el año lectivo de 1987.- Jornada Nocturna
con la siguiente intensidad horaria y calificaciones que a continuación se expresan, según decreto 1002 de abril de 1984, resoluciones Nos. 17489 y 17486 de noviembre de 1984, emanadas del Ministerio de Educación Nacional.

GRADO DECIMO 1987.-

A R E A S	ASIGNATURAS	Hs. Ss.	CALIFICACIONES
Educación Religiosa y Moral	Educación Etica Moral y Religiosa	1.-	7-7 Siete-Siete.-
Ciencias Naturales y Salud	QUIMICA.*		
	FISICA.-	8.-	6-7 Seis-Siete.-
Ciencias Sociales			
	COMPORTAMIENTO Y SALUD.		
	Educ. para la Democracia, P. y V. S.	2.-	6-6 Seis-Seis.-
Filosofía	Filosofía	3	6-6 Seis-Seis.-
Español y Literatura	Español	4	6-1 Seis-Uno.-
Idiomas Extranjeros	FRANCES.-	3	7-6 Siete-Seis.-
Matemática	TRIG-GEOM-ANALITICA.	4.-	6-1 Seis-Uno.-

H A B I L I T A C I O N E S

A R E A S	ACTA	FECHAS	CALIFICACION

Conducta General. 9-6 Nueve-Seis.-

Este certificado debe autenticarse en la NOTARIA PRIMERA - SEGUNDA DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA COLOMBIA, llevar el VoBo. del F.E.R. cuando salga del Departamento del Magdalena. Decreto 1024 de diciembre 13 de 1982 Mineducación. Registro del DANE No. 34700101934, Registro de la Secretaría No 1030025 de Agosto.- 24 de 1988.-

Dado en esta ciudad de Santa Marta a los 21.- días del mes de marzo.- del año de 198 9.-

JOSE HUMBERTO VALDERRAMA JIMENEZ
C.C. No. 4.971.268 de Santa Marta - El Rector

Lina M. Valderrama de Mora
C.C. 36.535.650 Santa Marta
SECRETARIA GENERAL

LINA MERCEDES VALDERRAMA DE MORA
C.C. No. 36.535.650 de Santa Marta - La Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA

Con Cédula de Ciudadanía No. 36.564.142

Cursó y aprobó la acción de Formación

RELACIONES INTERPERSONALES Y SERVICIO AL CLIENTE

Con una duración de 20 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma en Santa Marta a los Dos (2) días del mes de Octubre de Dos Mil Seis (2006)

ANDRES AVELINO ROCA BLANCO
SUBDIRECTOR C. MULT. (COM Y SERV)
REGIONAL MAGDALENA

SGC2006AP00475 02/10/2006
No Y FECHA DE REGISTRO

PROGRAMA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

El Programa de Enfermería
El Programa Ampliado de Inmunizaciones

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN
¿Por qué no hoy?

Certifica la asistencia a la I ACTUALIZACIÓN PAI a:

Claudia Patricia Núñez Parra

Con cédula de ciudadanía No. 36564142

Santa Marta 14 de Noviembre 2012

Ediltrudis Ramos De la Cruz
Directora Académica
Programa de Enfermería

Marta Paredes Bermúdez
Coordinadora PAI

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA

Con Cedula de Ciudadania No. 36564142

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION BASICA A PERSONAS CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Bogotá. a los ocho (8) dias del mes de julio de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
Subdirector
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

83623333 - 08/07/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403002546945CC36564142C.

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE

CLAUDIA NUÑEZ PARRA

CC.36.564.142

PARTICIPO EN EL CURSO

CURSO BASICO DE ECONOMIA SOLIDARIA

DURACION **20** HORAS

MARIA T.PINEDO BRUGES
TEC 03 REGISTRO Y CERTIFICACION

Santa Marta, 26 de Septiembre de 2005
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

REGISTRO Y CERTIFICADO MAGDALENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA 1631370

7MULTISECTORIAL
CENTRO DE FORMACION

SGC2005CP00414 26/09/2005
No Y FECHA DE REGISTRO

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

ACREDITADA POR ALTA CALIDAD

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

INFORMA QUE:

CLAUDIA PATRICIA NÚÑEZ PARRA

IDENTIFICADO CON C.C.

36564142

Participó en el

CURSO DE SALUD MENTAL

Con una duración de 40 horas

Dado a los 3 días del mes de Mayo del 2021

Angela Veronica Romero C FCS

Ángela Verónica Romero Cárdenas
Decana de Facultad de Ciencias de la salud

Diana Acosta S.

Diana Patricia Acosta Salazar
Directora de Programa de Enfermería

El Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA
y ACESI

Hacen constar que

CLAUDIA PATRICIA NÚÑEZ PARRA

Con C.C. 36.564.142

Asistió al Taller

Desarrollo y Transformación Cultural de Organizaciones en Salud

Programa de Formación Continua Especializada 2020

Este certificado se expide en el marco del Convenio No. 0029 de 2020, celebrado entre el SENA y ACESI con una duración de 8 horas.

Bogotá D.C , Diciembre , 2020.

Olga Lucía Zuluaga Rodríguez

Las acciones de formación ejecutadas en el marco de la Convocatoria DG-01-2020 son gratuitas para los trabajadores beneficiarios.

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg. EN02295619-2020

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA NÚÑEZ PARRA

C.C. N°36564142

ASISTIÓ AL CURSO DE:

GESTION DEL DUELO

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 VEINTICUATRO (24) HORAS ACADEMICAS.

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

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

CARLOS RAMREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

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 * Cedula de Ciudadania

Número de Identificación * 36564142

Primer Nombre * claudia

Primer Apellido * nuñez

Confirme los números de la Imagen * 8+1 4

Cambiar

6571

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-02-08→12:13:41 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36564142	CLAUDIA	PATRICIA	NUÑEZ	PARRA	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 NUÑEZ PARRA identificado(a) con CC 36564142 registra La siguiente información:

2023-02-08→12:13:41 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2003-06-25	606	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).

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA

Cedula de Ciudadanía N° 36.564.142

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

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

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: 40 HORAS

Otorgado el 10 de Octubre del 2020

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

Firma y RUN del Instructor

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Código de verificación: AVVS20947-1248

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA

Con Cedula de Ciudadania No. 36564142

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO.

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Marta. a los doce (12) dias del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
Subdirector (E)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

80137734 - 12/12/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9529002453978CC36564142C.

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

Claudia Patricia Núñez Parra

CC 36564142 de Santa Marta - Magdalena

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: 2023-06-09
Fecha de vencimiento: 2025-06-09

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

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 12/Dic/2022, **Hora:** 03:06:50 p.m.
Apellido: Nuñez Parra **Nombre:** Claudia Patricia
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36564142
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Cle 18a No 5-11 Rodadero Sur
Telefono: **Celular:** 3006425745 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: ::: No Aplica :::.
Peso: 81 Kg **Estatura:** 168 Cm **IMC:** 28.7 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Nueva Eps **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

HC: # 75507
Edad: 54 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 29/Ene/1968
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y
Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Claudia Patricia Nuñez Parra
CC 36564142

Huella
Digital

PROFAMILIA

ASOCIACION PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA

Santa Marta, 6 de agosto de 1991

EL MEDICO DIRECTOR

CERTIFICA

Que la señora CLAUDIA NUÑEZ PARRA, con cédula de ciudadanía 36.564.142 expedida en Santa Marta, laboró en esta Institución durante el período comprendido enero de 1989 a marzo de 1990, desempeñando el cargo de Auxiliar de Enfermería con una asignación mensual de OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE. ($86.200,oo).

La presente certificación se expide a solicitud de la parte interesada.

Dr. Humberto Diaz Daza
Médico Director de PROFAMILIA
REG. MED. 041 S. S. M.
SANTA MARTA

HUMBERTO DIAZ DAZA

HOSPITAL CENTRAL
"JULIO MENDEZ BARRENECHE"
SANTA MARTA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

LA JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

C E R T I F I C A:

Qué la señora CLAUDIA NUÑEZ PARRA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 36.564.142 en esta Institución como Auxiliar de Enfermería, realizando vacaciones a partir del 27 de febrero al 27 de agosto de 1994.

Esta certificación se expide en Santa Marta, D.T.C.H., a los veintinueve (29) días del mes de abril de mil novecientos noventa y ocho (1998).

LIC: MARITZA ARVILLA FILL



Instituto Médico de Especialistas
Clínica de Especialistas
Centro Odontológico

Dirección General

Dirección
Avenida Caracas No. 29-61
Bogotá - Colombia

Teléfonos
Conmutador: 2323100
Directos: 2458782 2322345

Santafé de Bogotá, 10 de julio de 1993

EL MEDICO DIRECTOR

C E R T I F I C A :

Que la señora CLAUDIA NUÑEZ PARRA, con cédula de ciudadanía número 36.564.142 de Santa Marta, laboró en esta Institución durante el período comprendido del 1 de julio de 1991 a 1 de julio de 1993, desempeñando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA, durante este tiempo se distinguió por ser una persona responsable.

La presente certificación se expide a solicitud de la parte interesada.

ALVARO VIVAS TROCHEZ
Director

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT: 900.244.788-7

A QUIEN INTERESE:

Certificamos que el señor(a) **CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA** identificado(a) con cedula de ciudadanía Nº 36.564.142 expedida en Santa Marta (Magdalena) , se encuentra prestando sus servicios por medio de nuestra Cooperativa de Trabajo Asociado **"REDCARIBE CTA"** en el **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS** desde el 1 de Octubre 2011 desempeñando el cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Con una compensación mensual de 770.000 **(SETECIENTOS SETENTA MIL PESOS)**

Se expide la presente solicitud a petición del interesado el día Junio 1 de 2011.

Atentamente,

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT. 900.244.788-7

NACIRA BARRANCO
Recursos Humanos

Hospital San Juan de Dios

Santa Marta — Colombia

LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS .

C E R T I F I C A :

Que la Auxiliar de Enfermería CLAUDIA NUÑEZ, laboró en esta Institución del 22 de Junio de 1.989 al 22 de Junio de 1.991 y durante este tiempo - se distinguió por Buena Conducta y la Rotación que hizo por todos los - servicios fué satisfactoria.-

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

LIC. TOMASA BORNACHERA CAMPO
JEFE DPTO DE ENFERMERIA
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Santa Marta, Julio 2 de 1.991.-

Clínica La Milagrosa

CALLE 22 No. 13A-09
SANTA MARTA, COLOMBIA

TELEFONOS:
31359
34077
35510

A Q U I E N I N T E R E S E

LA SUSCRITA ENFERMERA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE

ENFERMERIA

H A C E C O N S T A R :

Que la Señora PATRICIA NUÑEZ PARRA, identificada con La Cedula de Ciudadanía No 36.564.142 expedida en Santa marta, se desempeñó en esta Institución, durante los meses de agosto y octubre de 1990, durante este tiempo, cumplió con sus deberes y obligaciones de manera responsable e idónea.

Santa marta, julio 2 de 1991

Atte.

CLINICA LA MILAGROSA
MARTA PAREDES B

ENF JEFE DEL DPTO.

Sory C E. U.

NIT. 900.027.644-5

A QUIEN INTERESE

Hacemos constar que la señora, **CLAUDIA NUÑEZ PARRA** identificada, con cédula de ciudadanía No.36.564.142 de Santa Marta (Mag), ha prestado sus servicios a esta empresa, como honorarios desde enero 11 hasta Énero 31 de 2008 y mediante los siguientes contratos de trabajo, comprendidos dentro de las siguientes fechas:

Auxiliar de Enfermería, en el HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

Fecha de Ingreso	Fecha de Terminación
Septiembre 1 2007	Diciembre 31 de 2007
Febrero 1 2008	Diciembre 31 de 2008
Enero 13 de 2009	Actualmente

Actualmente devenga un sueldo promedio mensual de SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS PESOS ($758.300).

Se expide el presente certificado a solicitud del (a) interesado (a) a los Diecisiete (17) días del mes de julio de 2009.

Sory C. E.U.
NIT. 900.027.644-5

MARCELYS PEREZ SANTOS
Recursos Humanos

Calle 76 No. 42-78
Teléfonos: 3560275 - 3688791 Cel: 310 7280464 - 310 7284528
E-mail: soryc_eup@yahoo.es
Barranquilla, 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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: C Lucia Patricia
Apellidos: Nuñez Parra
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 36564142
Fecha de Nacimiento: Día 29 Mes 6 1 Año 1968

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	24.11.19	0129M017	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	24-11-19	0328K027C	
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	V	24-11-19	T3A92	
Virus de Papiloma Humano				

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-02-10 07:30

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CLAUDIA	PATRICIA	NUÑEZ	PARRA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36564142

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	$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
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

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:

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.564.142**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

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		11-ago-03

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo			
CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA	M		F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		36.564.142	SANTA MARTA	15-abr-87

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					X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
29	1	1968	SANTA MARTA	CALLE 18A N° 5-11	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
CLAUDIANUNEZ251@GMAIL.COM	300 642 57 45	300 642 57 45

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

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
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$1.800.000	Total Egresos mensules	$1.800.000
Otros Ingresos Mensules	$0	Otros Egresos Mensuales	$0
Total Activos	$0	Total Pasivos	$0

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2022	Es declarante?	SI		NO	x

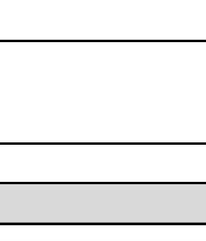
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

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: POR HONORARIOS A LA PRESTACION DE SERVICIOS 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 documentos o soportes requeridos anualmente.



5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

FT 028-1

República de Colombia

Departamento de Antioquia

POLITECNICO MAYOR

Agencia Cristiana de Servicio y Educación

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.
Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811029476-0.

HACE CONSTAR QUE:

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA

con documento de identidad C.C. 36564142

Cursó y aprobó

DIPLOMADO CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES Y CON ADICCIONES

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas Nº. 5

Medellín, 28 de febrero de 2021.

MAYKEL BARRAGÁN AMAYA
Rector

Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a http://virtual.politecnicomayor.edu.co, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: PZF6LF

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ PARRA

Cedula de Ciudadanía N° 36.564.142

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

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

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: 40 HORAS

Otorgado el 10 de Octubre del 2020

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

Firma y RUN del Instructor

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Código de verificación: AVVS20947-1248

Consultor Integral En Salud

Por medio de solicitud al correo:
mercadeocies@outlook.com
o escribir al WhatsApp +57 300-8780974
Este Certificado puede ser verificado con el siguiente código

Código de Verificación: AVVS20947-1248

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

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47- 0606

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

CONSIDERANDO:

Que, **CLAUDIA PATRICIA NÚÑEZ PARRA** identificada con Cédula de ciudadanía Nº 36.564.142 ha solicitado el registro su titulo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA", según Registro No. 6047. del 10206.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **CLAUDIA PATRICIA NÚÑEZ PARRA** para ejercer la profesión de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 25 JUN 2003

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

Proyectado por Consuelo Sepúlveda.

PARA PROGRESAR EN SERIO