HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	**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, **JUANA PEREZ BOHORQUEZ**, Identificado con Cédula No. **67.445.886**, y Profesión **ENFERMERA**, AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Juana Pérez B.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.445.886
PEREZ SOHORQUEZ
APELLIDOS
JUANA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1975
GUAMAL
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-JUN-1994 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2100100-00211846-F-0057445886 20100130 0035460207A 1 4410623656

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57445886**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57445886	PEREZ	BOHORQUEZ	JUANA	0	2022-03-06, 1:14 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	57445886	PEREZ	BOHORQUEZ	JUANA	.	2023-05-11, 12:57 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) **JUANA PEREZ BOHORQUEZ** identificado con C.C. No. **57.445.886** expedida en **SANTA MARTA - MAGDALENA**, 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.

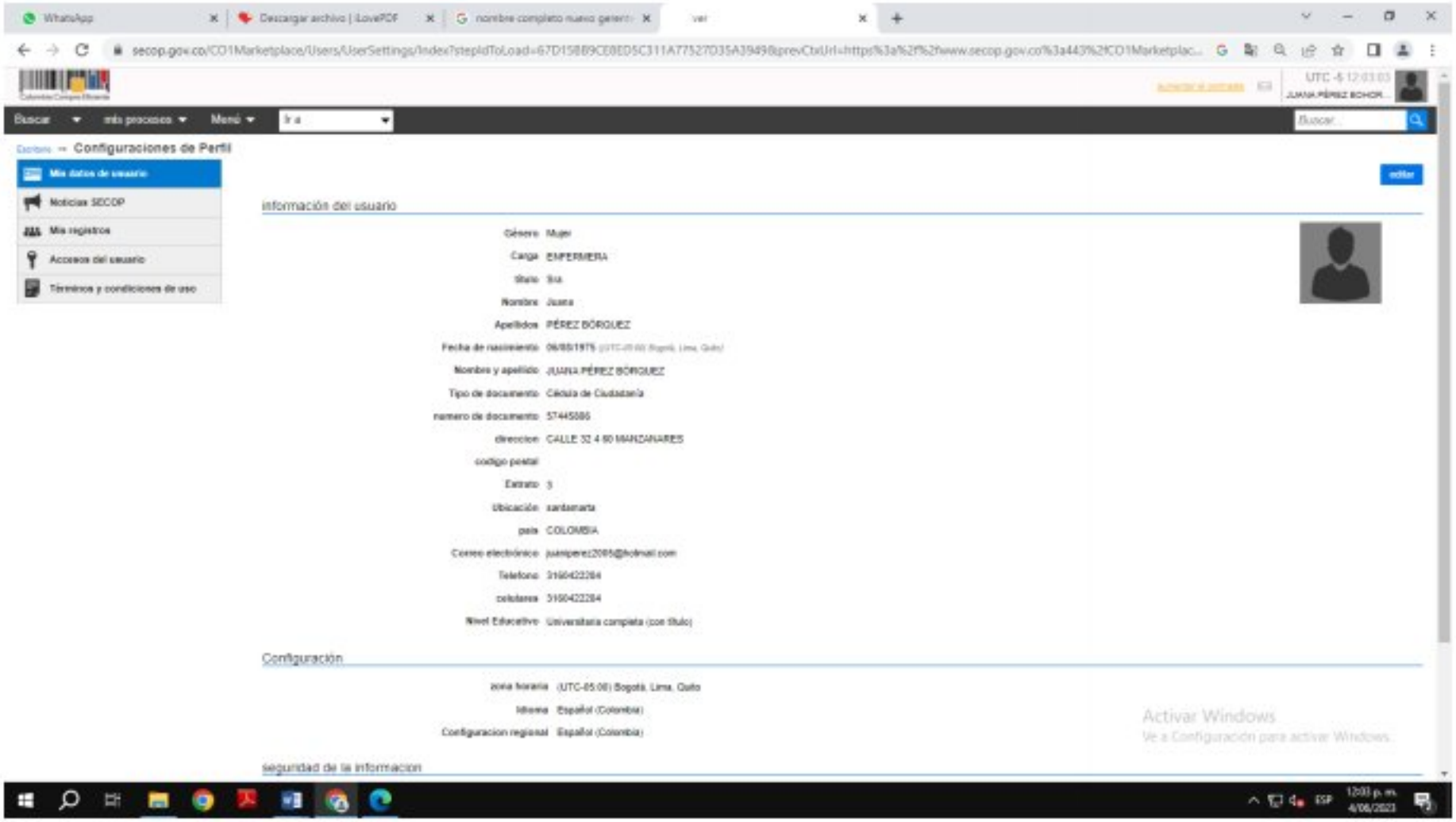
Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 09 del mes de Junio de 2023.

Firma Juana Perez B.

Nombre **JUANA PEREZ BOHORQUEZ**

Cédula **57.445.886**

COPIA CONTROLADA


WhatsApp
Descargar archivo | iLovePDF
nombre completo nuevo gerent
ver
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=67D15B89CE8ED5C311A77527035A3949&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1Marketplac...
UTC -5 12:03:03
JUANA PÉREZ BOHOR...
Buscar
mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Cerrar
Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
editar
información del usuario
Género Mujer
Cargo ENFERMERA
titulo Sra
Nombre Juana
Apellidos PÉREZ BÓRQUEZ
Fecha de nacimiento 06/05/1975
Nombre y apellido JUANA PÉREZ BÓRQUEZ
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
numero de documento 57445086
direccion CALLE 32 4 60 MANZANARES
codigo postal
Estrato 3
Ubicación santamarta
pais COLOMBIA
Correo electrónico juanperez2005@hotmail.com
Telefono 3160422284
celularea 3160422284
Nivel Educativo Universitaria completa (con título)
Configuración
zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuracion regional Español (Colombia)
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
seguridad de la informacion
ESP
12:03 p. m.
4/06/2023

Santa Marta, Magdalena

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
Ciudad

REF.: PROPUESTA LABORAL

Yo: **JUANA PEREZ BOHORQUEZ**; Identificada con C.C. N°: **57.445.886,** Por medio de la presente me permito presentar propuesta laboral, con el fin de que sea tenida en cuenta ofreciendo los servicios como **ENFERMERA** en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Pediatrica de la **E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche**.

Agradezco de antemano la atención prestada, espero que la presente propuesta sea de su total satisfacción.

Cordialmente,

Juana Perez B.
JUANA PEREZ BOHORQUEZ
C.C. 57.445.886

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14808234330

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 7 4 4 5 8 8 6 | 6. DV: 6

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta | 13: 1 8

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida: 2	Cédula de Ciudadanía: 1 3	5 7 4 4 5 8 8 6	1 9 9 4 0 6 2 0

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	BOHORQUEZ	JUANA	

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 32 4 60 BRR MANZANARES

42. Correo electrónico: juanjperez2005@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 0 1 3 4 3 9 7 4 8 | 45. Teléfono 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
0 0 1 0	2 0 1 8 0 1 0 2	6 6 9 2	2 0 1 3 1 2 1 0		6 8 1 0		2 2 2 8	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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: 2022 - 01 - 24 / 16 : 19: 59

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: PEREZ BOHORQUEZ JUANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

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
Perez	Baharquez	Juana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57445886 | SEXO: F ( ) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 08 MES 06 AÑO 1975

PAIS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: GUAMAL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 32 - 4 60

PAIS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELEFONO: EMAIL: juanperez2005@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN 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	8	X		ENFERMERIA	12	2013	39620

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO 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	02	Mes	02	Año	2019	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO ESPECIALISTA	DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS						DIRECCIÓN CARRERA 14 - 23 42				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD : FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	10	Mes	06	Año	2014	Día	28	Mes	06	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADC 2162 2013 ENFERMERA ESPECI	DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ASISTENCIAL						DIRECCIÓN CARRERA 4 - 28 71				

5 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				

6 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	4	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	4

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 **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 PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACION PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, Magdalena

Juana Perez B.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

8 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

ACTA DE GRADO No. 0378

En Santa Marta D.T.C. e H., siendo las 11:00 A.M. del día 6 del mes de diciembre de 2013, se realizó la graduación en ceremonia colectiva, presidida por el **CONSEJO ACADÉMICO** de la Universidad del Magdalena, otorgando al estudiante:

JUANA PÉREZ BOHORQUEZ

C.C. No. 57.445.886 de Santa Marta

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

Se tomó juramento de rigor a **JUANA PÉREZ BOHORQUEZ,** y se hizo entrega del diploma que lo acredita como **ENFERMERA.**

Para constancia se extiende y firma la presente acta:

El Rector, (fdo.) *RUTHBER ESCORCIA CABALLERO*

La Secretaria General, (fdo.) *MERCEDES DE LA TORRE HASBUN*

La presente es copia fiel de su original existente, tomada a los 6 días del mes de diciembre de 2013.

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

Registrado en el folio 090 del libro de Diplomas 42 y registro No. 23112 de la Universidad del Magdalena

República de Colombia,
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad del Magdalena

Confiere el título de

Enfermera

A

Juana Pérez Bohorquez

C.C. No. 57.445.886 de Santa Marta

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos,
En testimonio de ello otorga el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Santa Marta, a los 6 días del mes Diciembre de 2013

Rector

Secretario General

Registrado en el folio 90 del libro de Diplomas de la Universidad del Magdalena

Acta de Grado

En la ciudad de SANTA MARTA a los SIETE días del mes de DICIEMBRE de año de 1994 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del EXTERNADO NACIONAL DE BACHILLERATO HUGO J BERMUDEZ modalidad ACADEMICA institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA, según Resolución(es) Número(s) No. 15106 NUEVE (9) OCTUBRE 1984

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No. NOMBRE

JUAN V PEREZ RODRIGUEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. 32.645.886 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 022 de fecha 7 DE DICIEMBRE DE 1.994

que consta de 116 alumnos graduados, comienza con el nombre de ABELLO CAMARGO RODRIGO ALFONSO y se cierra con el nombre de ZARNAZOLA LOPEZ JASKIN DE JESUS

firmado y sellado por RUTH MARIA SOLANO GUERRERO (Rector) y MARITZA ESTHER MOZO JIMENEZ (Secretario)

Dada en SANTA MARTA a los SIETE días del mes de DICIEMBRE de 1.9 94

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

Firmado y Sellado

RUTH MARIA SOLANO GUERRERO
El Rector o Director(a)

c.c. No. 39.026.328 CIENAGA (MAGDALENA)

MARITZA ESTHER MOZO JIMENEZ
El Secretario(a)

c.c.No. 36.531.990 SANTA MARTA

DIPLOMA No.

La República de Colombia y en su nombre

El Externado Nacional de Bachillerato
Hugo J. Bermúdez
de Santa Marta

Aprobado por Resolución Nó 15106 del 9 de Oct. de 1.984
Emanada por el Ministerio de Educación Nacional
Confiere a:

JUANA PEREZ BOHORQUEZ

Identificado con CC No. 37 445 886 de STA MTA

El título de:

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Vocacional,
según los planes y programas vigentes

Director (a)

Secretario (a)

Dado en [illegible] a 1 de [illegible] de 1994

Escaneado con CamScanner

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1
Ley 266de 1996 / Ley 911 de 2004:
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **JUANA PÉREZ BOHÓRQUEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.445.886, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los trece (13) días del mes de febrero del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Carrera 13A N° 106A – 28. Oficina 202, Edifico Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 – Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunacionaleticoenfermeria.com/ trienfer@outlook.com

Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 47 0268
"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) **JUANA PEREZ BOHORQUEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 57.445.886, expedida en Santa Marta, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** del ejercicio de su profesión según Título de **ENFERMERA**, que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA**, Según Acta de Grado No. 0378 con fecha 6 de Diciembre de 2013.

Que **JUANA PEREZ BOHORQUEZ**, participó en el sorteo de plazas para Servicio Social Obligatorio, realizado en la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena el día 17 de Enero de 2014, dando cumplimiento a la Resolución No. 274 del 9 de Diciembre de 2011, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que una vez realizado el sorteo **JUANA PEREZ BOHORQUEZ**, no salió favorecido (a), quedando exonerado (a) de prestar el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **JUANA PEREZ BOHORQUEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 57.445.886, expedida en Santa Marta, para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

ARTÍCULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó el Título o Certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud de 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: 11 FEB 2014

Zandra Castañeda López

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado y revisado: **Piedad De la Hoz Orozco**

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES JUANA
APELLIDOS PEREZ BOHORQUEZ
C.C. 57.445.886 SANTA MARTA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
RUN No. 39620
Fecha de Expedición 10/JULIO/2014

REGISTRADORA NACIONAL ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46 - 21 Piso 2°. Bogotá D.C.

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

Cambiar
3194

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-06-04--12:33:47 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57445886	JUANA		PEREZ	BOHORQUEZ	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) JUANA PEREZ BOHORQUEZ identificado(a) con CC 57445886 registra La siguiente información:

2023-06-04--12:33:47 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2014-07-10		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2014-02-11	470268	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1999-07-01	435	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).

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

Juana Pérez Bohórquez

CC 57445886 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-08-08
Fecha de vencimiento: 2024-08-08

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

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

Juana Pérez Bohórquez

CC 57445886 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-08-12
Fecha de vencimiento: 2024-08-12

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

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

Juana Pérez Bohórquez

CC 57445886 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Diplomado de Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Neonatal. con un total de 160 Horas.

Fecha de emisión: 2022-08-06
Fecha de vencimiento: 2024-08-06

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

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

Juana Pérez Bohórquez

CC 57445886 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-08-10
Fecha de vencimiento: 2024-08-10

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Juana Pérez Bohórquez

CC 57445886 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-14
Fecha de vencimiento: 2025-06-14

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

SERVIMED I.P.S

Calle 22 No. 14 - 08 - Local 103 C.C. Acuarios Plaza - Teléfono: 421 28 28
informacion@servimedips.com.co - www.servimedips.com.co

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	AÑO		
Hospital Departamental Julio Mendez B	SANTA MARTA	DIA: 9	MES: 12	AÑO: 2020

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre Y Apellido:	Documento de Identidad		
Juana Perez Bolivar	Tipo: CC	No	57 445 886

Dirección		Telefono	
Cargo: Auxiliar	Sexo: M [ ] F [X]	Fecha de Nacimiento:	

Tipo de Examen Ocupacional

Preocupacional	[✓]	Periodico	[ ]	Post Ocupacional	[ ]	Manipulador Alimentos	[ ]
Reintegro Laboral	[ ]	Post Incapacidad	[ ]	Reubicacion	[ ]		

Examenes Practicados (N: Normal A: Anormal NR: No Realizado)

EXAMEN	N	A	LABORATORIOS /IMÁGENES	N	A
Medico Ocupacional	X				
Visiometria					
Espirometria					
Audiometria					

Aptitud Ocupacional Ingreso

Al examen medico no presenta defectos ni patologia aparente	
Al examen medico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	X
Al examen medico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
Al examen medico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de Ingresar	

¿Presenta Restricciones? Si [ ] No [ ] ¿Cuáles? _____

Observaciones:

Concepto Final de Aptitud Ocupacional

Apto sin Limitaciones	[X]	Apto con limitacione	[ ]	Aplazado	[ ]	Apto Manipular Alimentos	[ ]
No Apto	[ ]	Apto para Alturas	[ ]	No Apto para Alturas	[ ]	No Apto Espacios Confinados	[ ]
Apto Espacios Confinados	[ ]						

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medicas		Ocupacional				Habitos y estilos de vida saludable	
Remisión a EPS	[ ]	Uso de EPP	[ ]			Inicio de actividad fisica	[ ]
		Ingreso al SVE				Dejar de fumar	[ ]
Continuar manejo médico	[ ]	Carga fisica	[ ]	Visual	[ ]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
		Ruido	[ ]	Biologico	[ ]	Control del peso	[ ]
Remisión a ARP	[ ]	Radiologico	[ ]	Radiaciones	[ ]	Otro:	[ ]
		Psicolaboral	[ ]	Cardiovascular	[ ]		
Citologia Vaginal	[ ]	otro	[ ]				

Dr. Gustavo Severini
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 1529

Firma del Medico
Licencia de Salud Ocupacional

Juana Perez Bolivar

Firma del Trabajador
CC No. 57 445 886

"LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA – FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

CERTIFICA:

La Señora **JUANA PEREZ BOHORQUEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 57445886 expedida en Guamal, laboró en Nuestra Institución desde el día 10 de Junio de 2014 hasta el 28 de Febrero de 2018, desempeñando el cargo de **ENFERMERA** en el servicio de UCI Pediátrica y Neonatal.

La presente certificación se expide en la ciudad de Santa Marta a solicitud del trabajador a los 06 días del mes de Marzo de 2018.

Atentamente,

FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

JANETH COOMBS NEIRA
Subgerente Administrativa y Financiera
FCV- Instituto del Corazón Santa Marta



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

Consérvalo

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

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Juana

Apellidos: Perez Bothiguez

Documento de Identidad: CC TI Pasaporte No 57445826

Fecha de Nacimiento: Día 08 Mes 06 Año 1975



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	20-05-19	0129 K48	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	20-03-18	2C15C1517 V	
	2	21-08-18	221501549 V	
	3	28-06-18	2215015176	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15-03-19	0328302886	
	2	16-04-19	0328302886	
	3	18-06-19	0328302886	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	10-02-19	P3641V	
Contra Influenza	U	15-07-19	7341814V	
		12-05-2018	VS0220006	
Virus de Papiloma Humano				
V.A	U	20-03-18	5011165	
T.V	U	30-03-19	0328232	

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	2023-06-04 12:25

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUANA		PEREZ	BOHORQUEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57445886

Lugar de nacimiento

Pais	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	GUAMAL

Lugar de domicilio

Pais	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

Pais	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$51.723.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$51.723.000,00

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: Si [ ] 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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:

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-57445886
Nombres:	JUANA
Apellidos:	PEREZ BOHORQUEZ
No. de Carnet:	980F19B0DA8F6152E053020213ACC703
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2019-02-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el domingo, 04 de junio de 2023, a solicitud del interesado y es válida hasta el martes, 04 de julio de 2023

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUANA PEREZ BOHORQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57445886,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2018** 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 04 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

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FR-CdF
		VERSION: 003
		FECHA DE ULTIMA REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: JUANA PEREZ BONORIQUEZ															SEXO		
															M	F	X
Tipo de Documento							Número			Expedido en				Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		P.P.		57455886		SANTA MARTA - MAGDALENA		20/02/2013 1994			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo					No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad			Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano	
X									X		1			X		X	
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento		
08	JUNIO		1975	GUAMAL - MAG		CALLE 30 # 4 – 66 IN ANZANARES						SANTA MARTA			MAGDALENA		
Correo Electrónico															No. Celular		
JUANPEREZBONORIQUEZ@HOTMAIL.COM															3166422084		
Ocupación (Seleccione)															Actividad Principal CIIU		
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado									
Detalle Actividad Económica											Dirección del CIIU						
ENFERMERA																	

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			
HOJARE		Pública		X	Privada		Renta	CIVIL CUBY		ENFERMERA	
Dirección de empresa o negocio					Ciudad			Barrio		Nro. Teléfono	
CRA 1 # 9-23 - 42					SANTA MARTA			ALCAZARES			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI		NO	X

3. INFORMACION FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 2.900.000			Total Egresos mensuales: 2.900.000				
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Nota y tipo de cambio de información financiera suministrada	Nota:	Aviso:	Es declarante?	SI	X	NO	

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

NO

Declara que es y personas políticamente expuesta PEP? NO

Declara que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado provienen de: ACTIVIDAD LABORAL

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 tales cuales se relacionan a continuación: ACTIVIDAD PROPIA COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA y no acepto como propias las dejadas que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dineros provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, o 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 Barrenecheа 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, compartir, 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 Barrenecha, 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 u 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 a 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 Barrenecha 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 Barrenecha no utilizar o revelar 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 Méndez Barrenecha 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.

Juana Perez B.

5. FIRMA Y HUELLA



Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y totalmente fiel y comprometido y aceptando lo anterior, en constar con mi(s) (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento