

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Nidia Johana para duran, Identificado con Cédula No. 10 82899853 y Profesión AUX ENFERMERIA AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Nidia para duran

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural - Disponible en: https://sijl.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado - Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla - Usuario SECOP II (Pantallazo)		
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)		
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)		
10	Hoja de Vida - Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente - Mes Actual).		
13	Convalidación de Título (Médicos Generales y Especialistas) - Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico - PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal - NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	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.		
25	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)		
26	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.		
27	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).		
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
29	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)		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetacludadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.		
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://www3.funcionpublica.gov.co/fdcl/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE - Mes Actual)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE - Mes Actual)		
36	Formato SARLAFT - Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.899.853

PARRA DURAN

APELLIDOS

NIDIA JOHANA

NOMBRES

N LOIP. PARRA DURAN

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1988
SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

O+

F

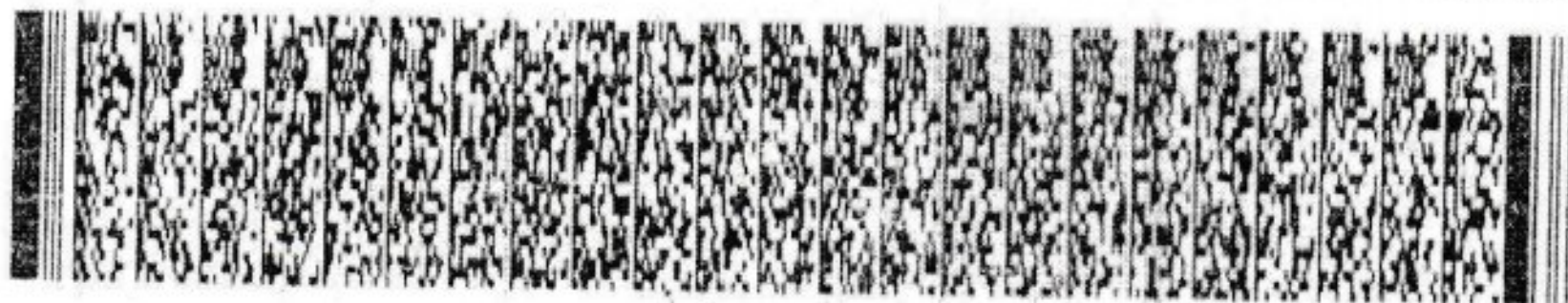
ESTATURA

G.S. RH

SEXO

31-JUL-2007 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2100100-00083741-F-1082899853-20080930

0003865641A 1

24363807

Ingrese número de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 1082899853

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082899853	PARRA	DURAN	NIDIA	JOHANA	02/09/21

El (la) suscrito(a) Nidia Johana Parro Duron identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082899853 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.huimb.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 septiembre de 2023.

Firma
Nombre
Cédula

Nidia Johana Parro Duron.

Nidia Johana Parro Duron.

1-082.899.853.



Autenticación de usuario

UTC -5 18:28:44

nidia johana parra...



Configuraciones del usuario

NIDIA JOHANA PARRA
DURAN
CAT. 1178588

Configuración Educativa
Escuela - Preescolar

13 Jun. 2020 UTC -5 18:28:44

Salir



Búsqueda

Mis procesos

Menu

Ir a

Escritorio -- Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Género
Cargo
Título
Nombre
Apellidos
Fecha de Nacimiento
Nombre y apellido NIDIA JOHANA PARRA DURAN
Tipo de documento
Número de documento
Dirección
Código postal
Estrato
Ubicación
País COLOMBIA
Correo electrónico nidia.parra15@hotmail.com
Teléfono
Celular 3043947104
Nivel Educativo

Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta 3043947104
SMS para recuperar la contraseña 3043947104

SANATA MARTA

DOCTOR
GERMAN GAVIRIA VARGAS
GERENTE
HOSPITAL UNIVEERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
L. C.

Cordial saludos

Por medio d ela prensente yo **NIDIA JOHANA PARRA DURAN** identificada con cedula de ciudadania n° **1082899853** expedida en Santa Marta magdalena de profesion **AUXILIAR DE ENFERMERIA** me permito presentar austed mi solicitud a su respetada institucion donde ofrezco mis servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**.

Presento mi experiencia en el Transcurso de mi carrera , espero reunir las condiciones para tal cargo dentro de esta prestigiosa institucion.

Atentamente,



NIDIA JOHANA PARRA DURAN
CC. 1082899853 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)
AUXILAIR DE ENFERMERIA.

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14473076209



(415)7707212489984(8020) 000001447307620 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

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

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 8 2 8 9 9 8 5 3

27. Fecha expedición

2 0 1 1, 0 2, 0 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

PARRA

32. Segundo apellido

DURAN

33. Primer nombre

NIDIA

34. Otros nombres

JOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CL 24 C 29 C 55 BRR VILLA DEL RIO

42. Correo electrónico

nidia.parra15@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 4 3 9 4 7 1 0 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8, 0 7, 0 6

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

5 1 3 2

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																							

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2018 - 07 - 06

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 QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA

985. Cargo Analista III



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Parra		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Duran		NOMBRES Nidia Johana		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1082899853			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DIA 10 MES 10 AÑO 1988						
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA			
DEPTO MAGDALENA			DEPTO MAGDALENA			
MUNICIPIO SANTA MARTA			MUNICIPIO SANTA MARTA			
			TELÉFONO 3043947104			
			EMAIL nidia.parra15@hotmail.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		EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)			
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:			
TC (TÉCNICA)	TL (TECNOLÓGICA)	TE (TECNOLÓGICA 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).			

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4365007			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	07	Año	2018	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA ATENCION PACIENTE CRITICO					DIRECCIÓN CARRERA 14 - 23 42 BARRIO ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD UCI CARDIOVIDA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	19	Mes	06	Año	2020	Día	16	Mes	10	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL A. DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 14 - 23 42 BARRIO LOS ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ADOM				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	02	Año	2011	Día	15	Mes	12	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL A. DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 91A - 50 41 bogota						

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	4	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	1

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 INCOMPATIBILIDAD 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

Nidia Danna

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

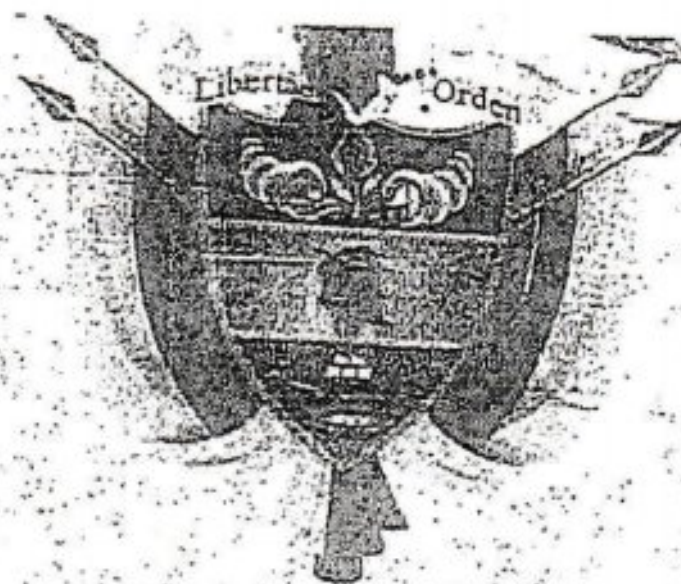
7

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



La República De Colombia
y en su nombre

Institución Educativa Distrital "Liceo Celedón"

Monumento Nacional

Jornada Nocturna

Con reconocimiento Oficial del Bachillerato de Adulto, según Resolución
No. 474 del 3 de Octubre de 2000.

Confiere a:

Nidia Johana Parra Durán

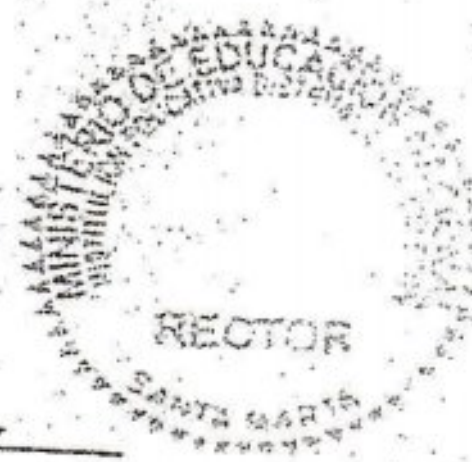
Identificado (a) con C.C. 881010-57857 Expedida en Santa Marta

El Título de:

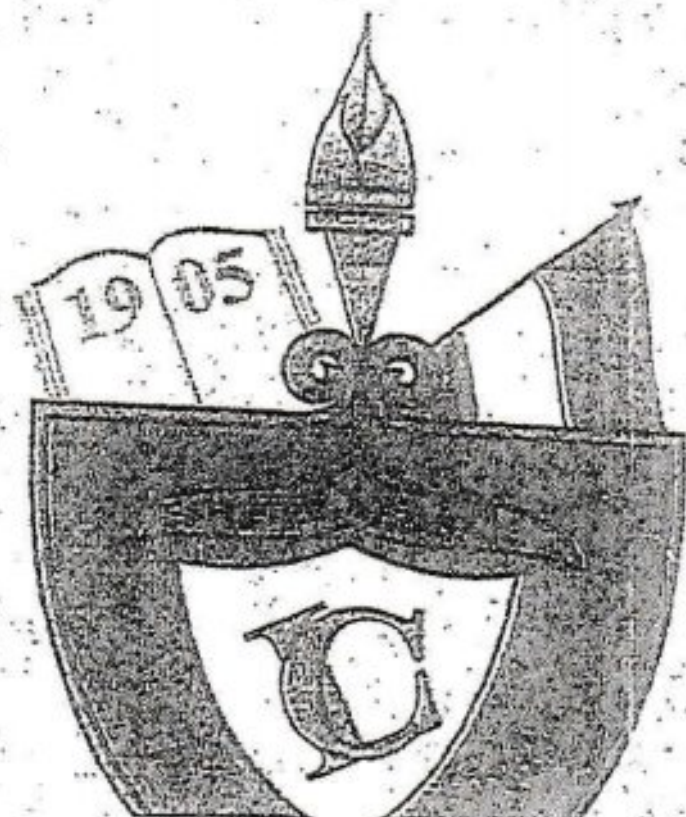
Bachiller Académico

Por haber cursado y alcanzado los logros establecidos en el plan de estudio
del Proyecto Educativo Institucional correspondiente
al nivel de Educación Media Académica

Juanis Vargas Méndez
Rector



Edith Hernández de Martínez
Secretaria



Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Dado en Santa Marta, a los 21 días del mes de Dic. del año 2005
Anotado en el control interno del plantel en el
Libro No. 01 Folio No. 82



La República De Colombia
y en su nombre
Institución Educativa Distrital "Liceo Celedón"
Monumento Nacional
Jornada Nocturna

Con reconocimiento Oficial del Bachillerato de Adulto, según
Resolución No. 474 del 3 de Octubre de 2000

Acta de graduación No. 012 Folio 82 Libro 01

El día 21 de Diciembre del 200 5 en el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta
en el salón principal de actos del colegio, se celebró la proclamación de BACHILLERES ACADÉMICOS y
se otorgó dicho título a:

Nidia Johana Parra Durán

Identificado (a) con T.I. 881010-57857 Expedida en Santa Marta

El acto fue precedido por

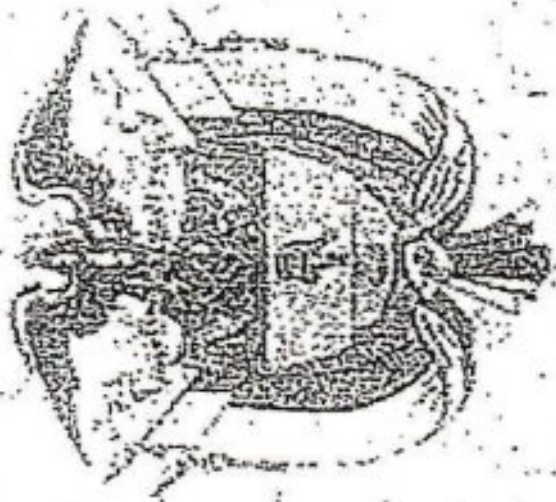
Rector:

Secretaria:

Fernando Rojas Valencia
RECTOR
INSTITUCIÓN EDUCATIVA "LICEO CELEDÓN"
SANTA MARTA

Edna Coronado de Santibañez

Lo anterior de conformidad con el Artículo 2° del Decreto Nacional 921 del 6 de Mayo de 1994.



República de Colombia
Departamento del Magdalena



y en su nombre

**EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "GABRIEL ANGULO"**

Creado mediante Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1949, aprobado por Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1968 y modificada mediante Ordenanzas No. 020 de diciembre de 1992 y No. 002 de junio 7 de 2006.

Teniendo en cuenta que:

Nidia Johana Parra Duran

C.C. No. 1.082.899.853 expedida en Santa Marta

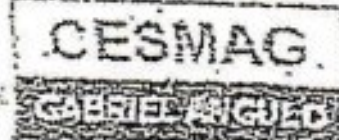
Cursó y aprobó todos los estudios programados por el Centro y cumplió con todas las exigencias legales y reglamentarias,
le confiere el certificado de:

"Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería"

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta (Magdalena), a 19 de octubre de 2007.

Laura Patricia Duran
Directora CESMAG

Yolanda Parra
Secretaría Académica



**CENTRO DE EDUCACION
EN SALUD DEL MAGDALENA**
Nit. 891.780.117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 209

En la ciudad de Santa Marta, a los diecinueve (19) días del mes de octubre del año 2007 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, la suscrita directora y la secretaria académica del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, institución creada mediante Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1.949, aprobada en el Nivel Vocacional según resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, modificada mediante ordenanzas No. 020 de diciembre 23 de 1.992 y No. 002 de junio 7 de 2006. Autorizada por el Ministerio de Salud y Educación Nacional, para otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** al alumno cuyos nombres, apellidos y documentos de identidad se relacionan a continuación, **PARRA DURAN NIDIA JOHANA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.082.899.853** expedida en Santa Marta.

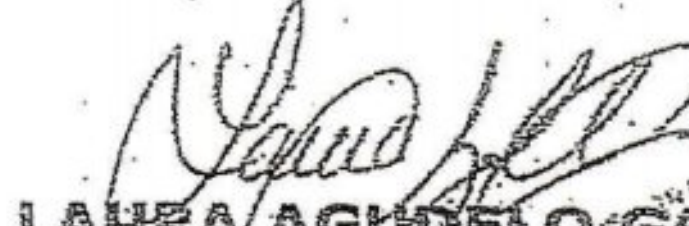
La presente acta es fechada en Octubre 19 de 2007 y consta de treinta y un (31) alumnos que comienzan con los nombres y apellidos de **BERMUDEZ ARIÑA ANA KARINA** y cierra con los nombres y apellidos de **VILORIA TEJADA AURA KARINA**.

Firmada y sellada por la directora **KAREN GARCIA DIAZ**, y **LAURA AGUDELO GARCIA**, Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta (Magdalena), a los diecinueve (19) días del mes de octubre de 2007.

Firmado y Sellado


KAREN GARCIA DIAZ
Directora


LAURA AGUDELO GARCIA
Secretaria Académica

Calle 23 No. 12 - 90 Tels. 4215776 - 4319671 - Santa Marta
"Liderazgo, Seguridad y Transparencia"



GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS



RESOLUCIÓN No. 47 11258

"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) NIDIA JOHANA PARRA DURAN, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.899.853 expedida en Santa Marta-Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la AUTORIZACIÓN para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TECNICO otorgado por EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA CESMAG "GABRIEL ANGULO" Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificación No. 209 del día 19 de Octubre de 2007.

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

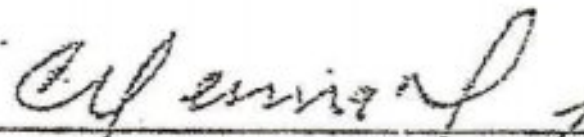
RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a NIDIA JOHANA PARRA DURAN, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.899.853, expedida en Santa Marta-Magdalena, para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 26 OCT. 2010


ANA LUCILA HERRERA ROJAS
Secretaria de Salud de Magdalena

Elaborado y Revisado por: MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ - Profesional Especializado - Área de Calidad en Salud

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-02-22→5:08:42 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1082899853	NIDIA	JOHANA	PARRA	DURAN	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) NIDIA JOHANA PARRA DURAN identificado(a) con CC 1082899853 registra La siguiente información:

2023-02-22→5:08:42 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	2010-10-26	11258	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.

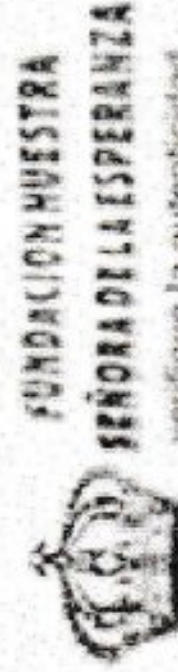
Certifica

Nidia Johana Parra Duran
CC 1082899853 de Santa Marta - Magdalena

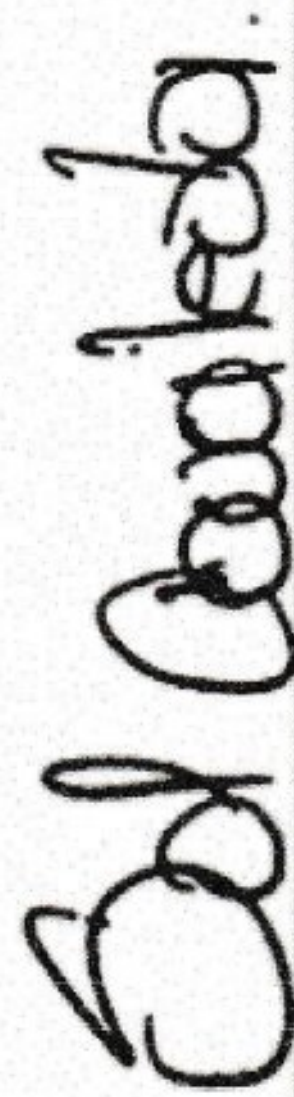
Realizó y aprobó el curso abordaje integral a víctimas de violencia sexual (AIVVS) - CODIGO GRIS
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-02-18

Fecha de vencimiento: 2025-02-18



verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.org


ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

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



Certifica

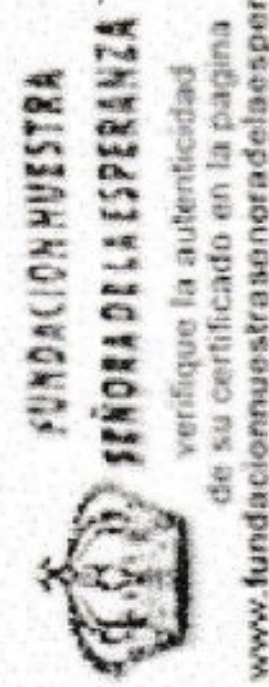
Nidia Johana Parra Duran

CC 1082899853 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-02-18

Fecha de vencimiento: 2025-02-18




ING. SOLANLLY COVALEDA

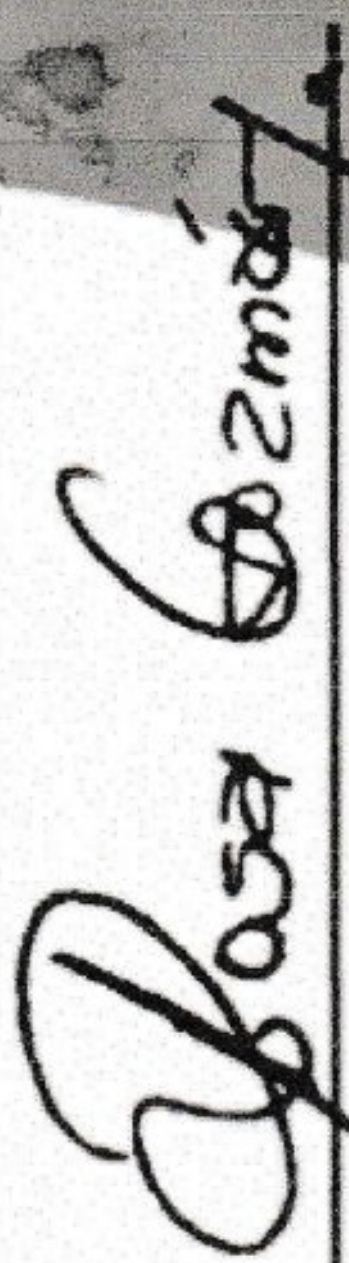
Representante Legal.


DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO

Jefe de Enfermería

RP 3208

Docente.


ROSA GUZMAN

ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianoemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

NIDIA JOHANA PARRA DURAN

C.C. 1.082.899.853

ASISTIO AL :

“DIPLOMADO UCI ADULTO”

“APOYO VITAL DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA), EL DIA 30 DE JUNIO DE 2018

DURACIÓN 120 HORAS,

TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, SOPORTE NUTRICIONAL Y METABOLISMO, ABORDAJE AL PACIENTE CRITICO, VENTILACION MECANICA, MANEJO VASO ACTIVO, CODIGO AZUL Y MANIOBRAS, PSEUDOANALGESIA Y SEDACION, ACCESO VENOSO CENTRAL DIRIGIDO, ACCESO VENOSO CENTRAL Y PERIFERICO, INTERPRETACION EKG, RELACION ECOCARDIOGRAMA EN UCI, CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA, DIEZ PATOLOGIA MAS FRECUENTES, ADMINISTRACION Y AUDITORIA MEDICA DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.

MD. NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05

DIRECTOR CIENTIFICO.

ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION JUNIO 2020.

[Signature]

Ana Catalina Herrera D.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.

COORDINADOR MEDICO NACIONAL

MEDICINA INTERNA

RM No. 1020721546

INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

[Signature]

KAREN LOBO NARVAEZ.

COORDINADORA OPERATIVA

NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

LICENCIA No. 4461 DEL 24 DE ABRIL DE 2011

PARA CAPACITACION Y EDUCACION

DE SECRETARIA DE SALUD

NIT: 900386743-5



ORGULLOSAMENTE
COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El....!

LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270

LINEA NACIONAL 3107451759

grupocolombianoemergencias@gmail.com



Grupo Colombiano de Emergencias



@Grupocolombiano



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianoemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

NIDIA JOHANA PARRA DURAN

C.C. 1.082.899.853

ASISTIO AL :

“DIPLOMADO UCI PEDIATRICO Y NEONATAL”

“APOYO VITAL DEL PACIENTE PEDIATRICO Y NEONATAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 30 DE JUNIO DE 2018

DURACIÓN 120 HORAS.

TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, ABORDAJE DEL NIÑO CRITICO, URGENCIAS PEDIATRICAS, MANEJO DE LA VIA AEREA, NEONATOLOGIA I, NEONATOLOGIA II.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
REGISTRO MEDICO 8669/96
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
MD. NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

ANA CATALINA HERRERA D.
DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
CENTRO INTERNACIONAL DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
GCE
PARA CAPACITACION Y EDUCACION
LICENCIA No. 4461 DEL 24 DE ABRIL DE 2011
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT: 900386743-5



ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

FECHA DE RENOVACION JUNIO 2020.

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

grupocolombianoemergencias@gmail.com

[Grupo Colombiano de Emergencias](https://www.facebook.com/GrupoColombianoEmergencias)

[@Grupocolombiano](https://www.instagram.com/GrupoColombiano)



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

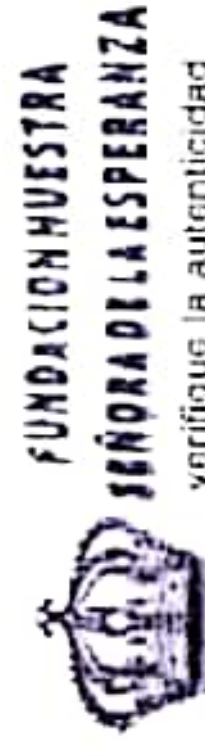
Certifica

Nidia Johana Parra Duran

CC 108289953 de Santa Marta - Magdalena

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.

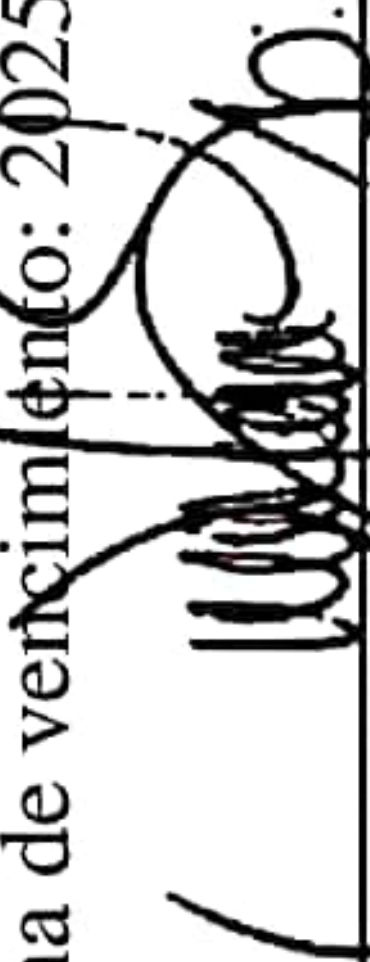
Fecha de emisión: 2023-09-11
Fecha de vencimiento: 2025-09-11



verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.org



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

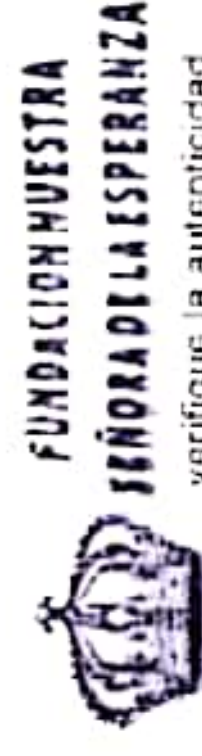
Certifica

Nidia Johana Parra Duran

CC 108289953 de Santa Marta - Magdalena

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.

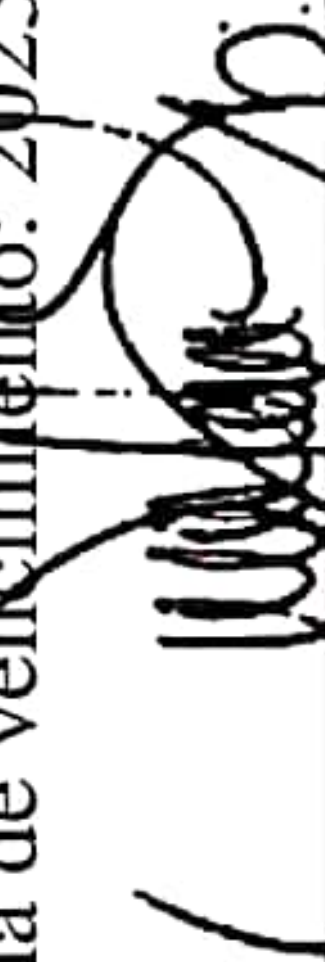
Fecha de emisión: 2023-09-13
Fecha de vencimiento: 2025-09-13



verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.org



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



PREVENIR I-A S.A.

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☒ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 03/02/2021 16:08:00 Cargo AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Empresa CLINICA DE FRACTURAS TAYRONA I.P.S. S.A.S.

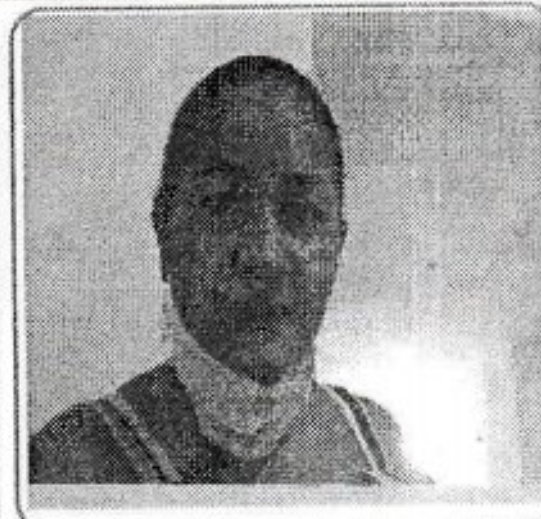
Nombre NIDIA JOHANA PARRA DURAN

Doc. Identidad CC 1082899853 Edad 32 Años Género Femenino

Dirección CL 24 #25C-55 Teléfono 3043947104

Escolaridad Técnica Profesional

Eps COOSALUD EPS



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO INGRESO, ANEXO OSTEOMUSCULAR, PRUEBA CUALITATIVA SARS COVID-19 ANTICUERPOS IGG - IGM

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES.

-- DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: ANTES DE INGRESAR A LA EMPRESA DIARIAMENTE DEBE LLENAR LA ENCUESTA (DIGITAL O FÍSICA) DE SIGNOS O MALESTAR SUGESTIVO DE COVID-19, REGISTRARSE EN LA APLICACIÓN CORONAPP COLOMBIA Y REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA Y DISTANCIAMIENTO DE 2 METROS DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO.

NOTA: PARA LA ATENCION SE APLICARON TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SE REALIZA ENCUESTA-TEST COVID 19. SE TIENEN EN CUENTA EL DECRETO 1297 DEL 2020 DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y LA RESOLUCION 1462 DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESPECTO A LAS MEDIDAS GENERALES Y LAS ESPECIFICADAS PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE Y/O CON PATOLOGÍAS FRENTE AL COVID 19.

RESTRICCIONES LABORALES

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP

Trabajador: NIDIA JOHANA PARRA DURAN
CC: 1082899853
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad





ADOM
Salud Domiciliaria

Bogotá D.C. Junio 10 de 2015

CERTIFICACION LABORAL

Por medio de la presente certifico que la señora **NIDIA PARRA DURAN** identificada con Cedula de Ciudadanía N° 1082899853 Expedida en santa marta, laboro en **ADOM** (salud domiciliaria); durante un periodo comprendido entre febrero 5 de 2011 hasta el 15 diciembre de 2013. Desempeñando el cargo de domiciliaria.

Durante este tiempo se caracterizo por ser una persona honesta, responsable, cumplidora de sus deberes y obligaciones, la recomiendo ampliamente para cualquier labor que le sea asignada.

Atentamente;

LUZ AIDA RODRIGUEZ

C.C. 91.329.082 de Puerto Wilches (Sder)

CEL: 3133481393

CALLE 91 A N° 50-41- BOGOTA D.C. 3133481393

Email: mercadeo@adomsaludomiciliaria.com



ORGANIZACIÓN SERVICIOS Y ASESORÍAS S.A.S.

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS



GRUPO EMPRESARIAL SERVICIOS Y ASESORIAS LA ANALISTA DE CONTRATACION DE ORGANIZACIÓN SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

BUCARAMANGA

Carrera 37 No. 53 - 50
Barrio Cabecera del Llano
PBX: (7) 643 1582
Fax: (7) 647 7248

BOGOTÁ D.C.

Avenida carrera 9 No. 104A - 38
Barrio Rincón del Chico
PBX: (1) 508 2207

MEDELLÍN

Transversal 5A No. 45 - 117
Barrio Poblado - Patio Bonito
PBX: (4) 448 7061
FAX: (4) 266 9749

CÚCUTA

Calle 10 No. 6E - 70
Barrio La Riviera
Tels: (7) 575 5516 - (7) 575 5451
Fax: (7) 577 9950

BARRANQUILLA

Carrera 54 No. 72 - 147
Centro Comercial Boulevard 54
Locales 309 - 310
Tels: (5) 360 2145 - (5) 360 2271
Fax: (5) 360 2169

CARTAGENA

Manga Avenida Jiménez
Calle 26 No. 18B-19
Tel: (5) 664 5911
Fax: (5) 664 0200

SANTA MARTA

Carrera 8 No. 28E-24
Edificio San Jorge
Local 2 Barrio Bavaria
Tel: (4) 431 8010

CALI

Calle 24AN No. 6AN-41 (2do. piso)
Barrio Santa Mónica Residencial
PBX: (2) 395 2001
Fax: (2) 395 2002

MANIZALES

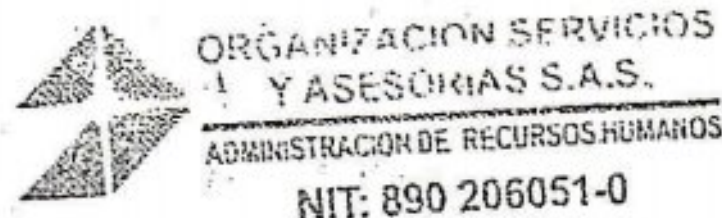
Calle 64A No. 21 - 50 Of. 1504
Edificio Portal de Cable
Tel: (6) 889 5033

HACE CONSTAR QUE, el señor(a) **PARRA DURAN NIDIA JOHANA**, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. **1.082.899.853** laboro como trabajador en misión por intermedio de nuestra Organización en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, para la empresa usuaria **FCV**, mediante contrato por el término de la obra o labor contratada desde julio 1 de 2015 a diciembre 17 de 2015.

Se expide a los (10) días del mes de febrero de 2017.

Atentamente,

Mónica P. Ortiz Vega
MONICA P. ORTIZ VEGA
Analista de Contratación
NIT: 890.206.051-0
Tel: 4318010



ESTA CERTIFICACION SOLO TIENE VALIDEZ CON SELLO



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

CERTIFICA:

En cumplimiento de la ley 1636 de 2013, artículo 10; reglamentado por el decreto 2852 de 2013, artículo 46 se permite expedir el siguiente certificado.

La Señora **NIDIA JOHANA PARRA DURAN** laboró en nuestra institución desde el dieciocho (18) de Diciembre de 2015 hasta el día veintisiete (27) de Enero de 2017.

La Señora **NIDIA JOHANA PARRA DURAN** se desempeñó en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERA** de la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Se expide en el municipio de Santa Marta (Magdalena) a los veintisiete (27) días del mes de Enero de 2017.

Atentamente,

JANETH COOMBS NEIRA
Subgerente Administrativa y Financiera
FCV Instituto del Corazón Santa Marta
Email: janethcoombs@fcv.org

NIT: 890212568-0

Instituto del Corazón Floridablanca: Calle 155ª No 23-58 Urbanización El Bosque-PBX: (7)639 9292-(7)639 6767-Floridablanca-Santander
Instituto del Corazón Santa Marta: Carrera 4ª No 26ª-71 - PBX: (5) 4329100- 431 6485 – Santa Marta
Sede FCV Bogotá: Carrera 14 No 98-73 Of. 503 – PBX: (1)636 4676 – (1)5220128 – Bogotá D.C.
Centro Tecnológico Empresarial: Carrera 5ª No 6-33 PBX: (7)6796470 – Floridablanca – Santander
www.fcv.org

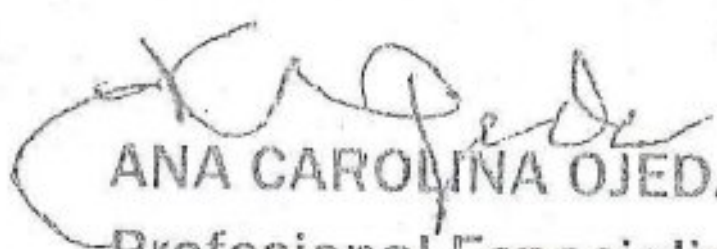
LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE
GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA
ESE HOSPITAL "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"

CERTIFICA

Que la señora, **NIDIA JOHANA PARRA DURAN**, identificada con cedula de Ciudadanía No 1.082.899.853 expedida en Santa Marta (Magdalena), fue contratista de esta ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, prestando sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, en virtud de la siguiente orden de Prestación de Servicios:

1. No. 1656 de fecha 10 de julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de julio al 30 de septiembre de 2018 y por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS (\$3.690.000.00).
2. No. 2362 de fecha 01 de Octubre de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre o al 31 de Diciembre de 2018, y por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS (\$4.050.000.00).
3. No. 295 de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Junio de 2019 y por un valor de OCHO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS (\$8.586.000.00).
4. No. 1570 de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019 y por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS (\$5.724.000.00).

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada, en Santa Marta - Magdalena a los veinticuatro (24) días del mes de Enero de 2020.


ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
Profesional Especializado



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO
DE
CARDIOVIDA OUTSOURCING SAS
NIT. 900 607 814 - 1

CERTIFICA QUE:

La Sra. Nidia Johana Parra Duran, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.082.899.853 de Santa Marta - Magdalena, estuvo vinculada con nuestra compañía a través de un contrato laboral a término fijo, de fecha del 19 de junio de 2020 hasta el 16 de octubre del mismo año, prestando sus servicios como auxiliar de enfermería en el área de UCI COVID, cumpliendo a cabalidad con sus funciones y protocolos de bioseguridad exigidos.

Para constancia de lo anterior se firma a los 23 días del mes de noviembre de 2020

Cordialmente,

VALERIA DIAZ BATE
Jefe de Talento Humano

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1082899853 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 11/09/2023 02:54 PM

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

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

Consérvelo

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

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Nidia Johana**
Apellidos: **Parra Duran**
Documento de identidad: C.C. P.T.I. Pasaporte No. **1082899853**
Fecha de nacimiento: Día **10** Mes **10** Año **1988**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	21-09-13	021019	Zoraida
Fiebre Amarilla	Única	2-12-11	024190	Roxana
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1	19-01-12	02429000	Kathusca
	2	21-07-12	453032B	Roxana
	3	23-07-13	02221	Roxana
	4	13-06-16	15003	Zoraida
	5	30-04-18	225020163	Martha
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador	
Hepatitis B	1	30-04-18	0341500A	Gucanis	
	2	14-07-19	A180C124A6	Yiseth	
	3				
Antirrábica	1				
	2				
	3				
	4				
Influenza estacional	Anual	20-5-20	V50210006	Martha G	
Otras	TV	1	24915	1067439	Martha G
	toxi-furo	1	16-02-16	14674AB	EMILIA

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NIDIA	JOHANNA	PARRA	DURAN

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="1082899853"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="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	<input type="text" value="ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>
Dirección	<input 14="" 23-42="" alcazares"]"="" carrera="" no.="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="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	\$21.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$600.000,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$22.200.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

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

Tipo y No. de documento: CC-1082899853

Nombres: NIDIA JOHANA

Apellidos: PARRA DURAN

No. de Carnet: 387B3F3C08ADF9328698A6CEAF0F2284

Tipo de afiliado: COTIZANTE

Fecha de afiliación: 2020-06-01

Estado de afiliación: Activo

Régimen: Contributivo

IPS: SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS

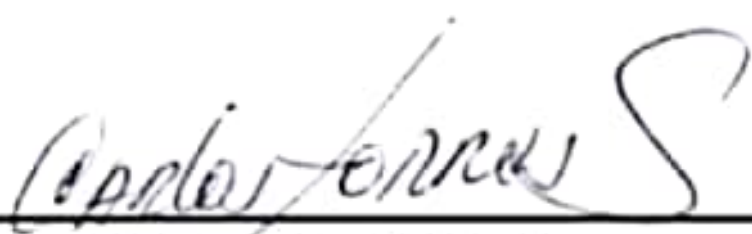
Departamento - Municipio: MAGDALENA-SANTA MARTA

Categoría: A

OBSERVACIONES:

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

La anterior certificación se expide y firma el martes, 05 de septiembre de 2023, a solicitud del interesado y es válida hasta el jueves, 05 de octubre de 2023


CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **NIDIA JOHANA PARRA DURAN** con **CC No. 1082899853**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Fecha de última cobertura: 01/09/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 01/09/2023 Fecha fin de Contrato: 31/12/2023 Clase de Riesgo: 3 Cargo : AUXILIAR DE ENFERMERIA Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230101971686.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

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





**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:

NIDIA JOHANA PARRA DURAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.899.853**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	CALLE 14 # 23- 42	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NIDIA JOHANA PARRA DURAN												Sexo																	
												M	F	X															
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición																	
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		1082899853				SANTA MARTA				31/07/2007											
Estado Civil (Seleccione)								Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación													
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre	X	Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico	X	Universidad		2		Propia		Arrendada	X	Familia		Rural	X	Urbano	
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento													
10				10				1099				SANTA MARTA				CALLE 24C # 29-55				SANTA MARTA				MAGDALENA					
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono													
NIDIA.PARRA15@HOTMAIL.COM												3043947104				3043947104													
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU																	
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado		8				6				9				2							
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIU																	

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			
RUJ MR	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad				Barrio		No. Teléfono	
CARRERA 14 # 23-42	SANTA MARTA				ALCAZAREZ		4365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

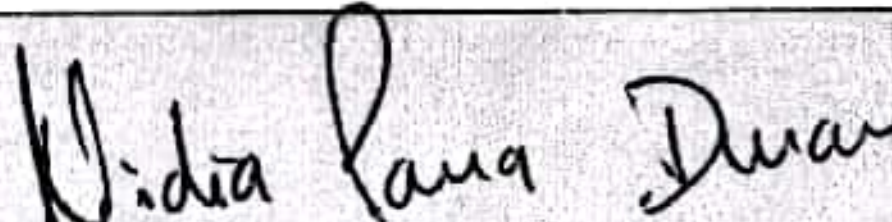
total ingresos mensuales 1.342.000	total egresos mensuales 1.390.000
otros ingresos mensuales 200.000	otros egresos mensuales 100.000
total activos 1.542.000	total pasivos 52
Mes y año de corte de la información financiera suministra Mes <u>DIC</u> Año <u>2021</u>	Es declarante? SI NO x
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?	
NO	
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?	
NO	
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:	
DE UN EMPLEO	

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúan terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar 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 consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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 Méndez 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

	
--	---

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):