En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO, LUZ ESTEL FIGUEROA SOCARRAS**, Identificado con Cédula No. **32.862.443** y Profesión **AUXILIAR DE ENFERMERIA** AUTORIZO que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan acontinuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Luz Figueroa S

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32862443

FIGUEROA SOCARRAS
APELLIDOS

LUZ ESTELA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1971
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

05-OCT-1990 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2101600-51107101-F-0032862443-20021015 07268 02284A 01 123946874

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **32862443**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	32862443	FIGUEROA	SOCARRAS	LUZ	ESTELA	2022-12-12, 9:35 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	32862443	FIGUEROA	SOCARRAS	LUZ	ESTELA	2023-05-11, 10:22 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) **LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS,** identificado con C.C./C.E./P.P No. **32.862.443,** expedida en **SOLEDAD - ATLANTICO**, 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 **08** del mes de septiembre de 2023.

Firma _____

Nombre **LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS**

Cédula **32.862.443**

COPIA CONTROLADA

Ver

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=67D15BB9CE8ED5C311A77527D35A3949&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1Marketplac...

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 10:42:54
LUZ ESTELA FIGUER...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	LUZ ESTELA
Apellidos	FIGUEROA SOCARRAS
Fecha de Nacimiento	2/06/1971 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	32862443
Dirección	CALLE 21 13 32 BARRIO OBRERO
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Ciénaga
País	COLOMBIA
Correo electrónico	luzestelafigue@gmail.com
Teléfono	3013769420
Celular	3013769420
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

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

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Seguridad de la información

ESP 10:42 a. 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: **LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS**; Identificada con C.C. N°: **32.862.443**, Por medio de la presente me permito presentar propuesta laboral, con el fin de que sea tenida en cuenta ofreciendo los servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal 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,



LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS
C.C. 32.862.443

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14935116034

(415)7707212489984(8020) 000001493511603 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 2 8 6 2 4 4 3	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FIGUEROA	SOCARRAS	LUZ	ESTELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

41. Dirección principal
CR 21 A 18 83 BRR BELLAVISTA

42. Correo electrónico luzestelafigue@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 3 0 8 1 4							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 08 - 05 / 05 : 39: 52

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 FIGUEROA SOCARRAS LUZ ESTELA
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
Figueroa	Socarras	Luz Estela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ( ) PAS ( ) No. 32862443

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 06 MES 02 AÑO 1971

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CIÉNAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 20 13 33 Apartamento

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CIÉNAGA

TELÉFONO 4102527 EMAIL

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1990
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	3	X			07	2000	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de

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*
ESPAÑOL			X			X			X

4 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA EL PRADO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4329200	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2001	*Día*	01	*Mes*	04	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 26 35					

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 NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	18	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	18	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de

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 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, Magdalena*

Luz Figueroa S.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia
Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena
y en su nombre
El Centro de Educación en Salud del Magdalena
"Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS

Titular de la C.C. No 32.862.443 expedida en Soledad (Atlántico)

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecidos por el Ministerio de Salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Creada mediante Decreto No. 815 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Luz Estella Durán H.
Director del Cesmag

Dir. del Servicio Secc. de Salud del Magd.

Hernando Olaya.
Secretaria Académica

Santa Marta. Junio 9 del 2.000

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No. 12-90 Santa Marta
Teléfono No. 4215776 FAX No. 4234520
NIT: No. 981-780-117-1
CESMAG @ COMPUNET. NET. CO.

ACTA DE CERTIFICACION No. 95

En la ciudad de Santa Marta, a los 09 días del mes de junio del año 2.000, se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los Alumnos del Curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la modalidad Semipresencial, (Santa Marta) la suscrita Directora y la Secretaria Académica de el CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO", institución aprobada en el Nivel Vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional, para otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** según Resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** al alumno cuyo nombre, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación **LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 32.862.443 expedida en Soledad, Atl.

Es fiel copia de su original, fechada en junio 09 del año 2.000 y consta de 47 Alumnos, se inicia con el nombre y apellidos de **ACOSTA MEJIA REBECA ISABEL** y termina con el nombre y apellidos de **VIZCAINO IRIARTE BELQUIZ DOREY.**

Firmado y sellado por la Dra. **LUZ STELLA DURAN MANJARRES**, Directora y **MERCEDES OLANO RODRIGUEZ**, Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta, a los 09 días del mes de junio del año Dos Mil (2.000)

LUZ STELLA DURAN MANJARRES
Directora

MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Secretaria Académica

La República de Colombia y en su Nombre,



El

Instituto Oficial de Bachillerato de Soledad

Sección Nocturna

De Soledad - Atlántico

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 17648 del 27 de Noviembre de 1.965

Confiere a:

Luz Estela Figueroa Socarrás

Cédula con C. C. Nº 32.862 de Soledad

El Título de:

Bachiller Académico

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

Rector

José García Báñez
Secretario(a)

Soledad 6 de Diciembre de 79

Inscrito al folio No. 112 del Libro de Registro No. 64

Secretario de Educación

Dada en Barranquilla a los 5 días del mes de Dic de 1.980.

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

RESOLUCION No 47- 0494

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

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

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

CONSIDERANDO

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

2 Que **LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS** con cédula de ciudadanía No. 32.862.443 de Soledad - Atlántico, ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE** EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, según acta de grado No. 95 de Junio 09 del 2000.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado a **LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS** con cédula de ciudadanía No. 32.862.443 de Soledad Atlántico, por EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO
PARAGRAFO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a Luz Estela Figueroa Socarras, el contenido de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.000

27 JUL. 2000

HENRY GOMEZ CANDELARIO
Secretario de Desarrollo de la Salud

PIEDAD DE LA HOZ OROZCO
Profesional Universitario

Escaneado con CamScanner

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

7823

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-09-05→12:09:55 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	32862443	LUZ	ESTELA	FIGUEROA	SOCARRAS	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) LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS identificado(a) con CC 32862443 registra La siguiente información:

2023-09-05→12:09:55 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	2000-07-27	494	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

Luz Estela Figueroa Socarras

c.c. 32862443 de Soledad - Atlántico

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

Fecha de emisión: 2022-07-15
Fecha de vencimiento: 2024-07-15

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

Luz Estela Figueroa Socarras

c.c. 32862443 de Soledad - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-07-19
Fecha de vencimiento: 2024-07-19

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

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Centro de Postgrados y Formación Continua

CERTIFICA QUE:

LUZ ESTELA FIGUEROA

Con Cédula de Ciudadanía No. 32.862.443

Cursó y aprobó satisfactoriamente los módulos del contenido programático del Diplomado en:

ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO NEONATAL

Iniciando el 28 de Septiembre y finalizando el 30 de Noviembre de 2012, con una intensidad horaria de 120 horas.

En Constancia de lo anterior se expide el presente diploma en Santa Marta D.T.C.H., a los 30 días del mes de Noviembre de 2012

Guillermo Trout Guardiola
Decano Facultad
Ciencias de la Salud

Gustavo Cotes Blanco
Director Centro de Postgrados
Universidad del Magdalena

Editrudis Ramos De la Cruz
Directora Programa de Enfermería

Scanned by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Luz Estela Figueroa Socarras

c.c. 32862443 de Soledad - Atlántico

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: 2022-07-17
Fecha de vencimiento: 2024-07-17

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

Luz Estela Figueroa Socarras

CC 32862443 de Soledad - Atlántico

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: 2023-06-17
Fecha de vencimiento: 2025-06-17

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

!DOCTYPE html PUBLIC "-//W3C//DTD XHTML 1.0 Transitional//EN" "http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd">

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



Fecha: 09/Dic/2020, **Hora:** 07:58:35 a.m.
Apellido: Figueroa Socarras
Nombre: Luz Estela
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 32862443
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Lugar:
Direccion: Calle 21 Carrera 13 N33-32 Obrero Cienaga
Telefono: **Celular:** 3013769420 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 62 Kg **Estatura:** 152 Cm **IMC:** 26.8 **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Colmena **AFP:** Colpensiones

HC: # 61957
Edad: 49 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 02/Jun/1971
Rh: A+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular.
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Realizar Pausa Activas
Uso De Tapabocas Permanente

Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

Observaciones

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

Luz Estela Figueroa Socarras
CC 32862443

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO DE
SOCIEDAD MEDICA DE SANTA MARTA S.A.S
Nit 891701664-1

CERTIFICA

Que la señora LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS, identificada con cédula de ciudadanía nº 32862443, tiene un contrato de trabajo DEFINIDO con la empresa, desde el 01 de Abril de 2001, desempeñando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA y un salario promedio mensual de $ 1.270.713 (UN MILLON DOSCIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS TRECE PESOS CON 0/100).

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de SANTA MARTA el día 28 de Abril de 2022.

Atentamente,

TATIANA TRUJILLO CUADRO
COORDINADORA 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 32862443 **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 09/09/2023 09:19 AM

_____

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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Luz Estela

Apellidos: Figueroa Socarrás.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 32862443

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 06 Año 1971

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: luz estela

Apellidos: figueroa socarras.

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 32862443

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	13-NOV-14	V5021800 8	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	23-09-11	0241800	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	30-7-10	04310 29	
	2	30-8-10	04310 29	
	3	NOV-09-10	04310 24	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U	28/08/14	V501023	Karen Ortiz
	U	26-06-15	V5021800 8	
Virus de Papiloma Humano				
H1N1	09-04-10	517 01A	J.L.	
DPT Adulto		18-04-17	AL37B177	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U	24-08-17	V5021800 6	
Virus de Papiloma Humano				

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-05-11 09:53

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUZ	ESTELA	FIGUEROA	SOCARRAS

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	32862443

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLANTICO	SOLEDAD

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	CIENAGA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$16.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$16.200.000,00

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	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] 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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 32862443
NOMBRES Y APELLIDOS	Figueroa Socarras,Luz Estela
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Figueroa Socarras,Luz Estela, a los 05 días del mes de septiembre del año2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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 **LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **32862443,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2015** 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 05 de septiembre 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: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	LUZ ESTELA FIGUEROA SOCARRAS													Sexo		
														M	F	X
Tipo de Documento							Número		Expedida en			Fecha de Expedición				
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	32862443		SOLEDAD - ATLANTICO		5-oct-90			
Estado Civil (Seleccione)							Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo			Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X								X		2		X		X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
2	6	1971	CIENGA				CARRERA 21 # 21 - 36					CIENAGA			MAGDALENA	
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono	
LUZESTELAFIGUE@MAIL.COM												3013769420				
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado								
Detalle Actividad Económica									Descripción del CIIU							
AUXILIAR DE ENFERMERIA																

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			
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	FISIOTERAPEUTA			
Dirección de empresa o negocio	Ciudad			Barrio			No. Telefono				
CRA 14 # 23 - 42	SANTA MARTA			ALCAZARES							
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO	X		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 2.500.000			Total Egresos mensules: 2.000.000					
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año:	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

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: 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 cuales relaciono a continuación: **ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA** y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, super visión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales . Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento