REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.083.032.523**

DAZA LINERO

APELLIDOS

KIMBERLY DAYANA

NOMBRES

Kimberly Daza L.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1997**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-MAR-2016 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2100100-01082662-F-1083032523-20190710 **0066**26692A 1 9909161880

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO, Identificado con Cédula No. 1083032523 y Profesión ENFERMERA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: KIMBERLY DAZA J.

	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://siji.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 Titulo (**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://carpetaciudadana.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/fdci/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/	✓	

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1083032523**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1083032523	DAZA	LINERO	KIMBERLY	DAYANA	2023-02-13, 3:22 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO identificado con C.C./C.E./P.P No. 1083032523 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 12 del mes de septiembre de 2023.

Firma KIMBERLY DAZA L.
Nombre KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO
Cédula 1083032523

COPIA CONTROLADA

secop.gov.co/CO1Marketpl

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	
Cargo	
Título	
Nombre	KIMBERLY DAYANA
Apellidos	DAZA LINERO
Fecha de Nacimiento	10/11/1997 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Nombre y apellido	KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	kimberlydaza9710@gmail.com
Teléfono	
Celular	3008617781
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

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 tu apodo?
Respuesta	kim
SMS para recuperar la contraseña	3008617781

Editar

inglés español

Powered by CamScanner

Santa Marta, septiembre 08 del 2023

Doctor
German Gaviria Vargas
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo:

Muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentarle mí propuesta como ENFERMERA PROFESIONAL, función que desempeñaré a cabalidad cumpliendo con todas las funciones que sean asignadas pertinentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta.

Atenta

Kimberly Daza L.

KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO

C.C 1.083.032.523

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14859527644

(415)7707212489984(8020) 000001485952764 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1083032523	0	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	19	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
2 Persona natural o sucesión ilíquida	13 Cédula de Ciudadanía	1083032523	2016/03/03

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DAZA	LINERO	KIMBERLY	DAYANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 16 # 16-22 - San José cundi CA Diagonal a casa de tabla

42. Correo electrónico: kimberlydaza9710@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3008617781	3116586990

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0081	2022/01/01						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos	SI	X	NO		60. No. de Folios	3	61. Fecha	2022 - 09 - 03 / 15 : 29 : 51

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: DAZA LINERO KIMBERLY DAYANA
985. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 03-09-2022 03:29:58PM

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Daza	Linero	Kimberly Dayana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1083032523	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 10 MES 11 AÑO 1997	Calle 16#162-22 San José curdi			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	kimberlydaza9710@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2014

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	12	2022	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA CIRUGIA						*DIRECCIÓN*					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	3

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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

KIMBERLY DAZA J.

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

SANTA MARTA, MAGDALENA

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

República de Colombia
y en su nombre

Institución Educativa Distrital
Jose Laborde Guecco

Aprobado por la Secretaria de Educación Distrital, según Resolución
No. 356/97 – 243/002-887 /002-0568/005
DANE 147001001711

Confiere a:

Kimberly Dayana Daza Linero

T.I 971110-11439 de Santa Marta

El Título de

Bachiller Técnico

En

Comercio

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según programa de estudio, Ley 115, Decreto 1860 de 1994, 1290 del 2009 y el Proyecto Educativo Institucional.

María Juliana Fernández Correa
Rectora

Keyler Enrique Díaz Gutiérrez
Secretario

Libro 01 Folio 69-70 Acta 015 Año 2014

Dado en Santa Marta a los ___ días del mes de Diciembre de 201_

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Acreditación Institucional de Alta Calidad
Resolución N° 010288 04 junio 2021 de MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO N° 3126

En Santa Marta D.T.C.H., siendo las 3:00 p.m. del día 17 del mes de diciembre de 2022, se realizó la graduación en ceremonia especial, otorgando a:

KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO
C.C. N° 1.083.032.523

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

Se tomó juramento de rigor a **KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO,** y se hizo entrega del diploma que la acredita como **ENFERMERA** .

En constancia se extiende y firma la presente acta:

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

kjAIbEbyTGw!

Registro N° 66133 en el folio 71 del libro 76 de Diplomas

Powered by CamScanner

República de Colombia,

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre,

LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Personería Jurídica - Resolución 831 del 3 de diciembre de 1974

En atención a que

KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO

C.C. Nº 1.083.032.523

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, en testimonio de ello le otorga el título de

ENFERMERA

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Marta, a los 17 días del mes de Diciembre de 2022

Acta 3126 en el folio 71 del libro 56 registro Nº 66133

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

Powered by CamScanner

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

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.083.032.523., no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los quince (15) días del mes de febrero del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO

C.C. 1.083.032.523

Universidad Del Magdalena

Santa Marta

Fecha de Expedición Diploma: 17/12/2022

Fecha de Inscripción en Rethus: 30/01/2023

53879

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.oceinfo.org.co

KIMBERLY DAZA L

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Powered by CamScanner

Resultado General -2023-09-06→7:51:33 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1083032523	KIMBERLY	DAYANA	DAZA	LINERO	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) KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO identificado(a) con CC 1083032523 registra La siguiente información:

2023-09-06→7:51:33 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2023-01-30	1083032523	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016-11-03	2592	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

Powered by CamScanner



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.083.032.523

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 4 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO asistencia@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 [illegible]

Powered by CamScanner



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.083.032.523

Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 6 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

DECRETO 3 NN DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL NIVEL TECNICO DE EDUCACIÓN BASICA EN SALUD DECRETO 376 DEL 2020 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO [illegible] O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCIÓN 321 401 9565

Powered by CamScanner

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.083.032.523

Asistió al Curso de:

SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 31 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVIS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN ALTURAS, DECRETO 1072 DEL 2015 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavis.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 485 5566

Powered by CamScanner



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.083.032.523

Asistió al Diplomado de:

UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI ADULTOS)

Con una intensidad horaria de 159 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Moñaco
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE TRES AÑOS A PARTIR DE LA GRADUACIÓN DE ESTA.

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL RAMIFICAR DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 070 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.

PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@ideasmis.com O COMUNÍCARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 485 9586

Powered by CamScanner

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.083.032.523

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 3 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2023. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA EXPEDICIÓN EN SITU.

DECRETO 2106 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TRABAJO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO DE FORMA AL CORREO ELECTRÓNICO: academicos@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9599

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLINICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 01/03/2023

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO
Responsable: El mismo paciente
Cargo: ENFERMERA
Edad: 25
Estado civil: Casado
Teléfono:
N° hijos: 0
EPS: Coosalud EPS

Empresa en misión:
Identificación: CC 1083032523
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 10/11/1997
Genero: Femenino
Escolaridad: Pregrado (Universitario)
Dirección: Santa marta.
ARL:
AFP: Porvenir S.A



Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor

Recomendaciones generales

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

Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. VALORACION CON NUTRICION POR EPS.
NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

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

Aspirante o trabajador
KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO
Identificación: CC 1083032523

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO DIRECTOR DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA

Nombre de la Institución y numero de NIT	Universidad del Magdalena NIT: 891780111-8
Resolución de aprobación y fecha	Acuerdo 032 del 27 de Septiembre del 2004
Resolución de Registro Calificado	Resolución No. 019895 del 21 de octubre de 2020

INFORMA QUE:

El Estudiante **KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO,** identificado con número de cédula **1083032523**, realizó sus prácticas de último semestre en el servicio de Cirugía, durante el periodo2022-2, durante el 8 de agosto al 30 noviembre del 2022, en la clínica Avidanti.

Dado a los veinte y nueve (25) días del mes de enero de 2023 en la ciudad de Santa Marta D.T.C.H.

Cordialmente,

Diana Acosta Salazar

PhD DIANA ACOSTA SALAZAR
Directora de Programa
Enfermería Unimagdalena
dianaacostas@unimagdalena.edu.co

Powered by CamScanner

CENTRO CARDIOVASCULAR DEL MAGDALENA S.A

CENCAR

LA SUSCRITA JEFE DE HEMODINAMIA DE CENTRO CARDIOVASCULAR DEL MAGDALENA S.A.

CERTIFICA:

Que la Srta. **KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO** identificada con cedula de ciudadania N° 1.083.032.523 de Santa Marta, estudiante graduada de la CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA S.S ASMEMAG, del programa de Auxiliar de Enfermeria, realizo sus prácticas en el área de hemodinamia de nuestra institución desde el 03 de enero de 2017 hasta el 03 de abril de 2017, desempeñando las funciones que a continuación relaciono:

- Preparación de ropa limpia y armado de paquete estériles
- Limpieza y desinfección de material quirúrgico
- Limpieza y desinfección de equipos biomédicos
- Preparación de pacientes remitidos a procedimientos
- Manejo y uso de equipo de fluoroscopio o intensificador de imágenes
- Preparación de meza estéril para procedimientos
- Preparación de dispositivos médicos para esterilización
- Circulante de sala de hemodinamia.

La presente certificación se expide a los once (11) días del mes de abril de 2017.

Atentamente

57.298.633

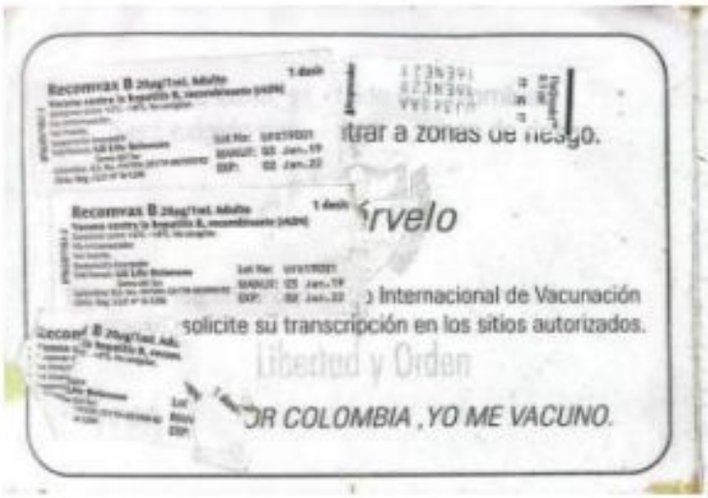
ROSANA CASTIBLANCO NUÑEZ
JEFE DE HEMODINAMIA.

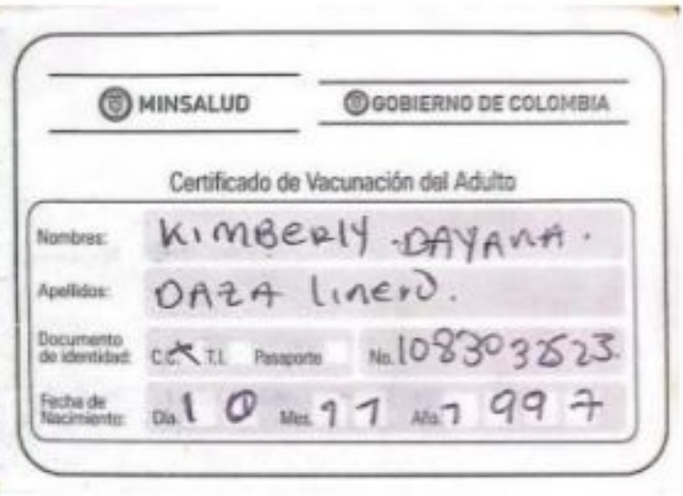
Rosana M. Castiblanco Nuñez
Jefe Hemodinamia
Centro Cardiovascular del Magdalena
TP: xxxxx

Calle 25 No. 4 - 140 Tel. 423 1662 - 423 1876
e-mail. info@cencardelmagdalena.com
www.cencardelmagdalena.com
Santa Marta D.T.C.H. - Colombia

Trabajamos con el Corazón

Powered by CamScanner





MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	KIMBERLY DAYANA.
Apellidos:	DAZA LINERO.
Documento de identidad:	C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1083033523.
Fecha de Nacimiento:	Día 10 Mes 11 Año 1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	20-8-19	22150151AB	
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	20-8-19	UFX19001	
	2	20-9-19	UFX19001	
	3	9-09-20	UFX 19002	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	10-09-20	V.502B003	
Otras: Inf	U	8-01-21	UJ080A	

Powered by CamScanner

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS. S.A.S.
NIT. 800.033.723-0

BARRANQUILLA
Calle 70 No. 48 - 56 Callcenter: 368 8864
Tels .Directos: 360 5340 -385 7960 Ex. 100-101
Cel.: 317 4274226 - 317 4422432
E-mail: servicioalcliente@olimpuslab.com

CARTAGENA
Bocagrande calle 5ta .cra 6 -19
Centro medico bocagrande
local 404 - 607 Cel 3174274223

MAGANGUE
Calle 16 A No 10 A - 143
Sector Pueblo Nuevo
Cel: 3004102060 - 3187117423

SANTA MARTA
Carrera 5 N 26B - 23
Barrio los Angeles
Cel 3174274220

CLAVE: b6d7

Nombre	DAZA LINERO KIMBERLY DAYANA		Fecha de recepcion:	07-feb -2023 11:22 am	**2072048**
Identificacion	CC 1083032523	Sexo F	Fecha de impresion:	07-feb -2023 3:10 pm	
Fecha Nacimiento	1997-nov -10	Tel. 3008817781	Empresa	PARTICULAR STA	Copia
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	SANTA MARTA	
Servicio	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	666.64	UI/L	
Metodo: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA			
REACTIVO: MAYOR DE 10.00 UI/L			
NO REACTIVO: MENOR DE 10.00 UI/L			

DRA. KAREN CANTILLO.

VIGILADO SUPERSALUD

Powered by CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-20 14:38

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KIMBERLY	DAYANA	DAZA	LINERO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1083032523

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

Powered by CamScanner

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$0,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Powered by CamScanner

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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:

Powered by CamScanner

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

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-1083032523
Nombres:	KIMBERLY DAYANA
Apellidos:	DAZA LINERO
No. de Carnet:	185EFAA55C74D0BE72876016D8961019
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2023-02-10
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoria:	B

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el miércoles, 06 de septiembre de 2023, a solicitud del interesado y es válida hasta el viernes, 06 de octubre de 2023

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KIMBERLY DAYANA DAZA LINERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.032.523**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Powered by CamScanner

HJMB
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E.

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FINGAF
VERSION: 002
FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	1
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos				Sexo
Kimberly Dayana Daza Linero				M / F / X

Tipo de Documento						Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X	C.E	T.I	R.C	PP		1053032523	Santa Marta	03 - 03 - 2016

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbana
	X							X				X		X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
10 / 11 / 1997	Santa Marta	Calle 16 #16-22	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
Kimberlydaza97110@gmail.com	3005619781	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio								Cargo
	Pública		Privada		Mixta		Otra, cual?		

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

Declara que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no excepto como propios, 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 la 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 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 tendencias, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. La 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 a comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez 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 divulgar 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

KIMBERLY DAZA L.

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 firma (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner