

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, WALITH ZAMIRA PACHECO MARTINEZ, Identificado con Cédula No. 1082973629 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 a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hujmb con fines de contratación.

FIRMA: Walith Zamira Pacheco Martinez

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/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.082.973.629**
PACHECO MARTINEZ

APELLIDOS
WALITH ZAMIRA

NOMBRES

Walith Zamira

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-MAY-1993**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

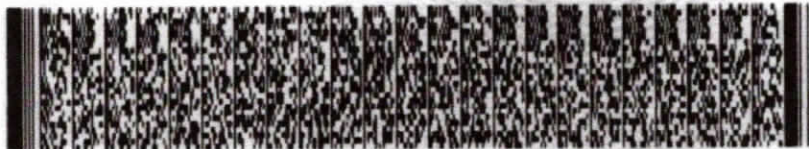
A+
G.S. RH

F
SEXO

10-OCT-2011 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-2100100-00350080-F-1082973629-20111213

0028659302A 1

37778228

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082973629**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082973629	PACHECO	MARTINEZ	WALITH	ZAMIRA	2022-06-29, 3:47 pm

El (la) suscrito(a) WALITH ZAMIRA PACHECO MARTINEZ identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082973629 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 26 del mes de octubre de 2023.

Firma



Nombre

WALITH ZAMIRA PACHECO MARTINEZ

Cédula

1082973629

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Información general

Logo de la entidad



Nombre de la entidad

WALITH ZAMIRA PACHECO MARTINEZ

Nombre abreviado

walith pacheco

Fecha de creación

4/07/2023 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

País de origen

COLOMBIA

Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

Número de documento

1082973629

Tipo Entidad Estatal / Proveedor

Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección

CALLE 3 NO 3-86 pescaito

País

COLOMBIA

Ciudad

Magdalena

Municipio

Santa Marta

Código postal

47001

Teléfono de oficina

3015841465

Fax de oficina

4346262

Correo electrónico de la oficina

walith236@gmail.com

Correo electrónico para notificaciones SECOP II

walith236@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Página web

Página web

Facebook

URL linkedin

URL de youtube

Twitter URL

Contacto principal

Título

Mrs

Nombre

walith zamira pacheco martinez

Cargo

auxiliar en enfermería

Teléfono

Móvil

3015841465

Fax

Correo electrónico

walith236@gmail.com

Santa Marta. 26 de octubre de 2023

Señores

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Hospitalizaciones y urgencias

Estimados señores:

Yo, Walith Zamira Pacheco Martínez identificada con cedula de ciudadanía N° 1.082.973.629 expedida, natural y residente en la ciudad de Santa Marta, como Auxiliar en enfermería con una cuidada preparación académica, he tenido en cuenta con sumo interés su oferta de empleo para cubrir un puesto de auxiliar en enfermería en le hospital universitario Julio Méndez Barreneche (servicios de hospitalizaciones y urgencias). Mi experiencia se ajusta a los requisitos que solicitan para trabajar en las diferentes áreas, en concreto tras mi etapa de auxiliar en enfermería estoy segura que podría aportar valor a su organización.

- * como auxiliar de enfermería soy especialista en evaluar los problemas de salud del paciente y sus necesidades.
- * promover, dirigir y realizar actividades técnicas y administrativas de la gestión de los cuidados de enfermería en unidad de urgencias y área de hospitalizaciones.
- * implementar el plan de trabajo de auxiliar en enfermería
- * cumplir con el cumplimiento de normas bioseguridad.
- * mantener registros actualizados.
- * ejecutar técnicas de auxiliar en enfermería de sus competencias.
- * liderar la gestión del cuidado del servicio a cargo.
- * asumir las competencias en materia de formación de los futuros especialistas.
- * reflejar en su actuar profesional principios y valores éticos universales por respeto a las normas vigentes.

Además de mi experiencia y de las cualidades personales arriba detallada tengo una solida base educativa y un interés vocacional por el cuidado de personas mayores, comparto el enfoque del hospital en cuestiones relativas al envejecimiento activo por lo que seria para mi un reto tener la oportunidad de contribuir a alcanzar sus objetivos en la atención al paciente.

Atentamente

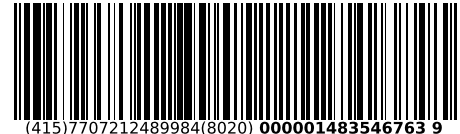
Walith Zamira

Walith Zamira Pacheco Martínez
CC N° 1.082.973.629 de Santa Marta.

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

14835467639



(415)7707212489984(8020) 000001483546763 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 2 9 7 3 6 2 9

6. DV

6

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 9 7 3 6 2 9

27. Fecha expedición

2 0 1 1, 1 0, 0 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

PACHECO

32. Segundo apellido

MARTINEZ

33. Primer nombre

WALITH

34. Otros nombres

ZAMIRA

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 3 3 86 BRR SAN MARTIN

42. Correo electrónico

walith236@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 5 8 4 1 4 6 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2, 0 6, 2 9

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

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

DOCUMENTO SIN EFECTOS

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

X

NO

60. No. de Folios:

1

61. Fecha

2022 - 06 - 29 / 13 : 57: 10

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 COHEN PONCE JORGE RICARDO

985. Cargo Analista III



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Pacheco		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Martinez		NOMBRES Walith Zamira	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1082973629			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐			NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 18 MES 05 AÑO 1993 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 3 3 86 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO EMAIL walith236@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 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).

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 3015841465			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	07	Mes	07	Año	2023	Día		Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA HOSPITAL					DIRECCIÓN CALLE 3 3 86			

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:
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	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	2

HOJA DE VIDA

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



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

La Institución Educativa Distrital
Antonio Nariño

SANTA MARTA – MAGDALENA

Reconocimiento de Estudios: Resolución No. 881 del 28 de Noviembre de 2002; modificada por Resolución No. 1992, Diciembre 16 de 2003, 00103 de Mayo 20 de 2004 y 0013 de Enero 26/06 emanada de la Secretaría de Educación Distrital

CONFIERE A:

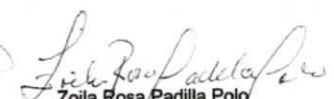
Walith Zamira Pacheco Martínez

Documento de Identidad No. 1.082.973.629

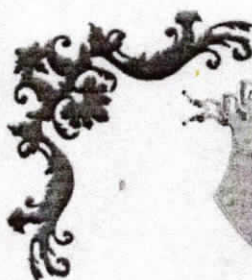
**El Título de
Bachiller Académico**

**Por haber cursado y aprobado las áreas correspondientes
al plan de estudios de Educación Media Técnica, según
las normas vigentes.**


Álvaro Enrique Mestre Sequeda
C.C. 12.531.675 de Santa Marta
Rector


Zoila Rosa Padilla Polo
C.C. 57.301.900 de Pivijay - Magd.

Libro No. 001 Folio No. 001 Acta No. 010 Año 2012.-



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL

Institución Educativa Distrital Antonio Nariño

(ANTIGUA ESCUELA TERCERA, BELLAVISTA, LICEO ANTONIO NARIÑO, ESCUELA CUARTA,
ANITA DÍAZ PADILLA) APROBADA POR RESOLUCIÓN No. 881 NOVIEMBRE 28/2002,
MODIFICACIÓN RESOLUCIÓN No. 1992 DICIEMBRE 16/2003; No. 00103 MAYO 20/2004;
No. 0013 ENERO 28/2006 REGISTRO DANE 147001003926, NIT 819.002.493-8
CALLE 24 # 1 C - 52



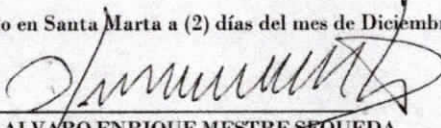
ACTA DE GRADO No. 010

En la ciudad de Santa Marta, a (2) días del mes de Diciembre de 2.012, se reunieron en la Rectoría del Plantel, el Rector y la Secretaria General de la Institución Distrital ANTONIO NARIÑO, con el fin de formalizar la graduación de sus Bachilleres, con fundamento en las normas vigentes. Comprobada la situación legal y académica de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, Académica y Técnica, se procedió a otorgar el TÍTULO de BACHILLER con énfasis en CIENCIAS NATURALES al graduando, cuyo número de orden, apellidos, nombres y números del documento de identificación se relacionan a continuación:

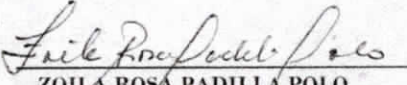
<u>NÚMERO</u>	<u>NOMBRES</u>	<u>APELLIDOS</u>
35.	WALITH ZAMIRA	PACHECO MARTÍNEZ
	D.I. No. 1.082.973.629	

Es fiel copia tomada del Acta No. 010 de fecha Diciembre (2) del año 2.012, que consta de 37 alumnos graduados, comienza con los Nombres y Apellidos de STYVEN DAVID BARRIOS VALENCIA y se cierra con MARIA CAROLINA TABORDA DIAZ.

Dado en Santa Marta a (2) días del mes de Diciembre del año 2.012.-


Lic. ALVARO ENRIQUE MESTRE SEQUEDA
C.C. 12.531.675 DE SANTA MARTA

Rector

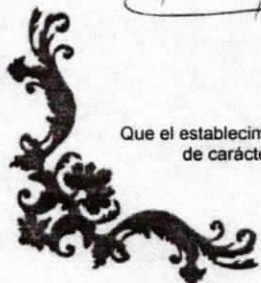

ZOILA ROSA PADILLA POLO
C.C. 57.301.900 DE PIVIJAY - MAGD.

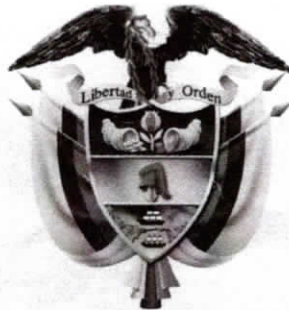
Secretaria

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL
JEFE DE UNIDAD ADMINISTRATIVA No. 12

CERTIFICA

Que el establecimiento educativo INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "ANTONIO NARIÑO" es un plantel de carácter oficial y que la presente Acta y corresponde a la copia que reposa en esta oficina.





SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA	
Reconoce esta Talla para todos los efectos legales:	2224
Resolución No.	04 JUL 2017
Ciudad	
Firma:	
	Secretario

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
El Ministerio de Salud y Protección Social
La Secretaría de Educación de Sogamoso
y en su nombre, el

Instituto EduPró

Educación con Propósito

antes Instituto Fiscal Salud, Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, autorizada para cambio de nombre mediante Resolución 088 del 15 de Mayo de 2017 de la Secretaría de Educación de Sogamoso, con Concepto Técnico Favorable al Programa Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería mediante Acuerdo 167 del 21 de Mayo de 2009 emanado de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud (MinSalud - MinEducación) y Registrado en la Secretaría de Educación de Sogamoso por Resoluciones 018 del 4 de Febrero de 2011 y 170 del 30 de Agosto de 2011 confiere el **Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias** como:

Técnico Laboral en:
Auxiliar en Enfermería

o

Malith Zamira Pacheco Martínez

C.C. 1.082.973.629 de Santa Marta

Por haber cursado durante 1600 horas Teórico - Prácticas y ser declarada **Competente** en todas las Normas Obligatorias de Competencia Laboral del Programa realizado en la ciudad de Sogamoso (Boyacá- Colombia). Se expide a 19 de Agosto de 2017.

edupro

DIRECCIÓN GENERAL

Dr. Freddy Cárdenas
Aguirre

edupro

SECRETARÍA ACADÉMICA

M^{ra}. Eliana Cárdenas
Reyes

edupro

DIRECCIÓN ACADÉMICA

M^{ra}. Eliana Cárdenas
Reyes

 Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 2
		CÓDIGO: SS-P12-F01
RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN		FECHA: 11/May/2017

RESOLUCIÓN NUMERO 2224 DE 04 DIC 2017

**Por la cual se Registra un Certificado
LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
en ejercicio de la delegación conferida por la
resolución No 08211 del 15 de junio de 1989
emanada del Ministerio de Salud, y ;**

CONSIDERANDO:

Que WALITH ZAMIRA PACHECO MARTINEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1082973629 expedida en SANTA MARTA, ha solicitado el registro de su certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA que le otorgó la (el) INSTITUTO EDUPRO EDUCACIÓN CON PROPÓSITO de la ciudad de SOGAMOSO el día 19/08/2017.

Que dicho título se encuentra registrado en la (el) INSTITUTO EDUPRO EDUCACIÓN CON PROPÓSITO , Libro de Registro N°1 , Folio N°51 Y 52 , Registro No NO REGISTRA , Diploma N°NO REGISTRA .

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA a WALITH ZAMIRA PACHECO MARTINEZ con Cédula de Ciudadanía número 1082973629 expedida en SANTA MARTA para ejercer dicha ocupación en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los, 04 DIC 2017


GERMAN FRANCISCO PERTÚZ GONZALEZ
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.
Elaboro: Sandra Ulloa Delgado

Resultado General -2022-06-29--12:23:29 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1082973629	WALITH	ZAMIRA	PACHECO	MARTINEZ	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) WALITH ZAMIRA PACHECO MARTINEZ identificado(a) con CC 1082973629 registra La siguiente información:

2022-06-29--12:23:29 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA	2017-12-04	2224	GOBERNACION DE BOYACA

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).



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

Certifica

Walith Zamira Pacheco Martinez

c.c. 1082973629 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial
- Código Fucsia
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-06-20

Fecha de vencimiento: 2024-06-20



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.org

Ing. Solanlly Covalada

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

Deibie Stevens Bravo Obando

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.

Rosa Guzman

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

Walith Zamira Pacheco Martinez

c.c. 1082973629 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-06-22
Fecha de vencimiento: 2024-06-22

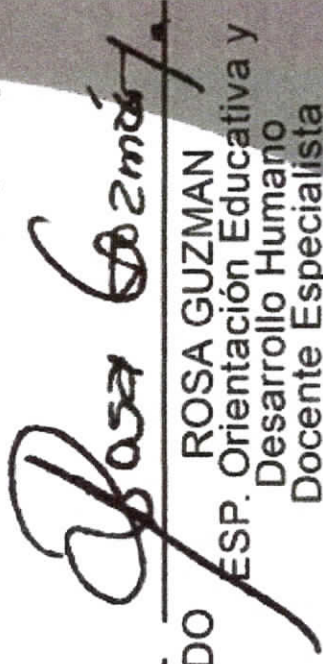




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
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

Walith Zamira Pacheco Martinez

c.c. 1082973629 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Decreto 1033 de 2014,
con un total de 120 Horas,

Fecha de emisión: 2022-06-20

Fecha de vencimiento: 2024-06-20



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


ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208


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

Walith Zamira Pacheco Martinez

c.c. 1082973629 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-06-17

Fecha de vencimiento: 2024-06-17



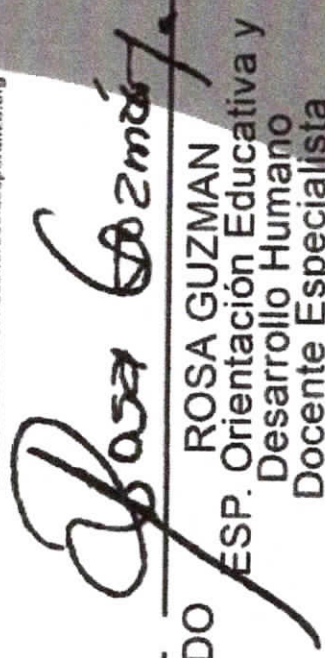
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.org



ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 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

Walith Zamira Pacheco Martinez,

c.c. 1082973629 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-06-21

Fecha de vencimiento: 2024-06-21



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

Ed Covalleda

ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal.

Deibie Stevens

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
NP 3208

Docente.

Rosa Guzman

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



SERVIMED L.P.S

Calle 22 No. 14-05 • Local 101 C.C. Alcázares Plaza • Teléfono: 431 38 74
 informacion@servimedips.com.co • www.servimedips.com.co

NOMBRE DE LA EMPRESA HOSPITAL JULIO BARRENECHE MENDEZ		CIUDAD SANTA MARTA		AÑO 30 06 2022																															
DATOS DEL TRABAJADOR																																			
Nombre y Apellido WALITH PACHECO MARTINEZ			Documento de identidad Tipo: CC No: 1082973629																																
Dirección		Teléfono																																	
Cargo AUX ENFERMERIA		Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento: 18-05-93																																
Preocupacional	☒ Periodico		Post Ocupacional		Manipulador Alimentos																														
Reintegro Laboral	☐ First Incapacidad		Reubicación																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>EXAMEN</th> <th>N</th> <th>A</th> <th>LABORATORIOS / IMÁGENES</th> <th>N</th> <th>A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medico Ocupacional</td> <td>☒</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Visiometria</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Espirometria</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Audiometria</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						EXAMEN	N	A	LABORATORIOS / IMÁGENES	N	A	Medico Ocupacional	☒					Visiometria						Espirometria						Audiometria					
EXAMEN	N	A	LABORATORIOS / IMÁGENES	N	A																														
Medico Ocupacional	☒																																		
Visiometria																																			
Espirometria																																			
Audiometria																																			
Al examen medico no presenta defectos ni patologia aparente ☒																																			
Al examen medico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral ☐																																			
Al examen medico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo ☐																																			
Al examen medico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar ☐																																			
¿Presenta Restricciones? Si ☐ No ☐ ¿Cuáles? _____																																			
Observaciones: Abrepea																																			

Aptitud Ocupacional					
Apto sin limitaciones	☒	Apto con limitaciones	☐	Aplazado	☐
No Apto	☐	Apto para Alturas	☐	No Apto para Alturas	☐
Apto Espacios Confinados	☐			No Apto Espacios Confinados	☐

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medico	Ocupacional	Habitos y estilos de vida
Remisión a EPS ☐	Uso de EPP ☐	Inicio de actividad fisica ☐
Continuar manejo médico ☐	Ingreso al SVE	Dejar de fumar ☐
	Carga fisica ☐	Reducir el consumo de alcohol ☐
	Ruido ☐	Control del peso ☐
Remisión a ARP ☐	Radiologico ☐	Otro: ☐
	Psicolaboral ☐	
Citologia Vaginal ☐	otro ☐	


Dr. Gustavo Severini
 Especialista en Salud Ocupacional
 C.C. No. 1529

Walith Zamir
 Firma del Trabajador
 CC No. **1.082.973.629**

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 1082973629 **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 08/09/2023 12:08 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

Nombre: **Walith Zamira**
Apellidos: **Padlew Martinez**
Documento de identidad: **C.C. T.J. Pasaporte No. 1082973629**
Fecha de nacimiento: **Día 18 Mes 05 Año 1993**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Variola - Rubéola	Unica	30-6-22	12/00130	Diadun
Fiebre Amariila	Unica	30-6-22	2/11/31	Diadun
Tosxide tetánico (Dif/ris, Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tda/ varicela	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		10/02/22	0fx20008	Belkys H
		19/03/22	0fx21001	Laudith T
Antiarárea				
Influenza estacional	Anual			
Otros				


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Walith Zamira

Apellidos:

Pacheco Martinez

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. 1.082.973.629

Fecha de
nacimiento:

Día 18 Mes 05 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	16/07/21	Johnson	213A21A	Salud total	Adriana H.	1004544731
	2		Johnson	206H11E	Salud total	[Signature]	37060410



Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-09-12 14:37
---------------------	---------	----------------------	------------------

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
WALITH	ZAMIRA	PACHECO	MARTINEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082973629

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:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$50.000,00

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:

--



STAMARTA, Octubre 26 de 2023

Señora:
PACHECO MARTINEZ WALITH ZAMIRA
CC. 1082973629
CL 3 CA 386 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 30 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
PACHECO MARTINEZ WALITH ZAMIRA	1082973629	C	Nov-30-2017	13	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
WALITH ZAMIRA PACHECO MARTINEZ	1082973629	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

**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:

WALITH ZAMIRA PACHECO MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.973.629**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Octubre 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: FINCAF
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad Santa Marta	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Walith Zamira Pacheco Martinez		Sexo M ☐ F ☒ X	
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐		Número 1.082.973.629	Expedida en Santa Marta
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐	No. Personas a cargo 1
Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☒ Familia ☐		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento 18/05/1993	Lugar de Nacimiento Santa Marta	Dirección Domicilio Calle 3 No. 3-86 San Martín	Municipio / Ciudad Santa Marta
Correo Electrónico walith236@gmail.com		No. Celular 301 584 1465	Departamento Mag.
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Hogar ☒ Jubilado ☐		Actividad Principal CIU	
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 Publica ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?		Cargo
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐	NO ☐

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$ 500.000	Total Egresos mensuales \$ 300.000
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Es declarante? SI ☐ 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?	
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?	
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:	

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ 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 efectúare 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 haberes 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 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 Méndez Barreneche S.A. me ha

Walith Zamira	
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	