En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Paola andrea Gomez Alzogaray Identificado con Cédula No. 1001940119 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: Paola Gomez

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	✓	
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sijl.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	✓	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	✓	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.	✓	
13	Convalidación de Título (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
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/		

Santa Marta, 11 de septiembre de 2023

Sr(es)

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO BARRENECHE

Ciudad

SANTA MARTA

ASUNTO: Oferta de Servicio

Yo **PAOLA ANDREA GOMEZ AFANADOR**, identificada con documento numero 1.001.940.118 expedida en **BARRANQUILLA**, Presento mi propuesta para Prestar servicios profesionales de enfermería para apoyar a la subgerencia asistencial

Por lo anterior me comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones específicas derivadas de la oferta y/o aquellas contenidas en los estudios de convivencia y oportunidad de la contratación.

PLAZO: me sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad de acuerdo a la necesidad del servicio.

VALOR Y FORMA DE PAGO: los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la entidad, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.

PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar copia d mi hoja de vida con su respectivo soportes legales, necesarios para contratación.

De antemano agradezco su atención prestada.

Cordialmente,

Paola Gomez

PAOLA ANDREA GOMEZ AFANADOR

CC: 1.001940118 de BARRANQUILLA

Telf.: 3002488247

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.001.940.118**

GOMEZ AFANADOR

APELLIDOS

PAOLA ANDREA

NOMBRES

Paola Gomez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-2000**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

05-FEB-2018 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0300150-00990159-F-1001940118-20180327 **0060**61414A 2 50092959

SUI

Ingrese numero de identificación

Pantalla Principal

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1001940118**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1001940118	GOMEZ	AFANADOR	PAOLA	ANDREA	2023-09-10, 1:08 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1001940118	GOMEZ	AFANADOR	PAOLA	ANDREA	2023-09-11, 5:06 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023

El (la) suscrito(a) Paola andrea Gomez Afanador identificado con C.C./C.E./P.P No. 1001940118 expedida en Barranquilla, 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 11 del mes de septiembre de 2023.

Firma Paola Gomez
Nombre Paola Gomez Afanador
Cédula 1001940118

COPIA CONTROLADA

Colombia COMPRA EFICIENTE

Aumentar el contraste

UTC -5 17:31:38
paola gomez

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

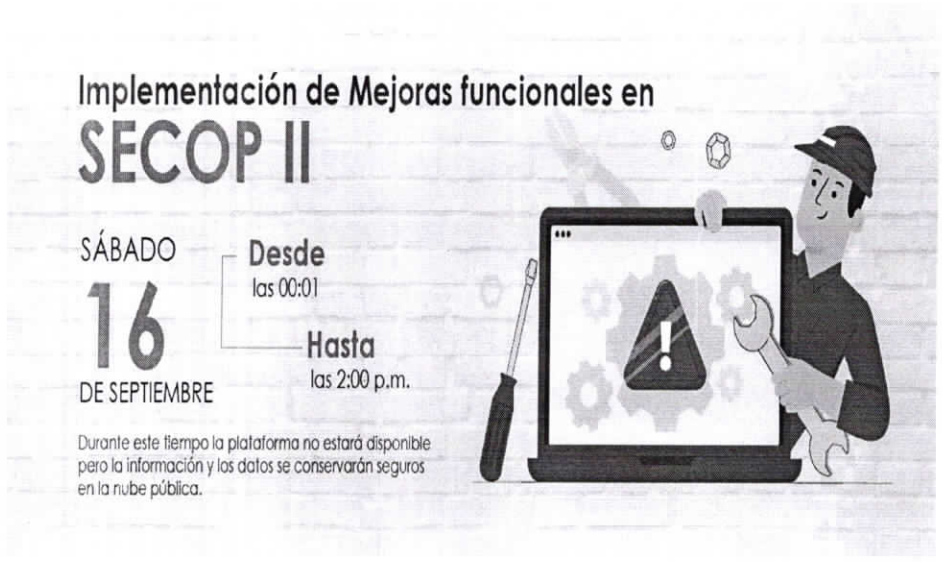
ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualización

0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14811613209

(415)7707212489984(8020) 000001481161320 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 1 9 4 0 1 1 8	8	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	AFANADOR	PAOLA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
CL 46 CR 64 48 ET 2 TO 33 AP 103

42. Correo electrónico paolagomez144665@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 2 4 8 8 2 4 7	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 02 - 10 / 09 : 31: 12

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 GOMEZ AFANADOR PAOLA ANDREA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 30-05-2023 05:03:52PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

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
Gomez	Afanador	Paola Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1001940118	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 14 MES 01 AÑO 2000	- parques de bolivar etapa 2			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	2488247	EMAIL	paolagomez144665@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2022

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	8	X		ENFERMERIA PROFESIONAL	06	2021	1001940118

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	QUIRON	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	IAMI INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA	09	2022
VIRTUAL	QUIRON	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	AIEPI CLINICO	07	2022
VIRTUAL	QUIRON	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	GESTION DEL DUELO	09	2021
VIRTUAL	QUIRON	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	09	2021
VIRTUAL	QUIRON	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL AVANZADO	09	2021
VIRTUAL	QUIRON	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	09	2021

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	QUIRON	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO	08	2021

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 GERENCIA PUBLICA

LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	GOBERNACION DE META	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

4 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)

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	1	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	1

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI X 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 - 11-09-2023

Paola Gomez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Personería Jurídica No. 1052 del 25 de febrero de 1974 y con reconocimiento institucional como Universidad mediante la Resolución Nº 08687 del 24 de Julio de 1987, expedidas por el Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

PAOLA ANDREA GOMEZ AFANADOR

C.C.No. 1.001.940.118

HA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
REGLAMENTARIAMENTE EXIGIDOS, LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

ENFERMERA

SE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA EN BARRANQUILLA, ATLÁNTICO.
A LOS 25 DÍAS DEL MES JUNIO DEL AÑO 2021.

VICE[illegible] ACADÉMICO

RECTOR

Mg Claudia Vargas Vásquez.
DIRECTOR DE PROGRAMA

ANOTADO EN EL LIBRO 2 FOLIO 34 REGISTRO DE DIPLOMA Nº E - 3259
18024

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

y en su nombre

Institución Educativa Distrital "Magdalena"

Del Distrito Turístico Cultural e Histórico
de Santa Marta - Magdalena

Aprobado por resolución 884 de 28 de noviembre de 2002 de la Secretaria de educación distrital de Santa Marta D.T.C.H

Confiere a:

Paola Andrea Gómez Afanador

Doc. de Identificación T.I./C.C. 1.001.940.118 de Santa Marta

Bachiller Técnico

Especialidad Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

Anotado en el control interno del plantel en el

Acta No. 05Y Folio No. 053

Dado en Santa Marta, a los 1 de Diciembre de 2016

REPUBLICA DE COLOMBIA
Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta
Secretaría de Educación Distrital
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
"MAGDALENA"
Aprobado por resolución 884 de 28 de noviembre de 2002 de la Secretaria de educación distrital de Santa Marta D.T.C.H

Acta de Grado

En la ciudad de Santa Marta al (01) día del mes de Diciembre del 2016, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las alumnas del último grado, los suscritos Rector y Secretaria de la INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL MAGDALENA, Institución aprobada hasta Undécimo Grado en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaria de Educación Distrital para otorgar el título de BACHILLER TECNICO especialidad Comercial según Resolución No.884 del 28 de noviembre de 2002.

Comprobada la situación legal y académica, de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica se procedió a otorgar el titulo BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIDAD COMERCIAL a las graduandas cuyos nombres, apellidos y números del documento de identidad se relacionan a continuación:

Paola Andrea Gómez Afanador

Doc. de Identificación T.I./C.C. 1.001.940.118 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del acta original general No.054 de fecha 01 de Diciembre de 2016 que Consta de (120) estudiantes que comienza con el nombre de AARON PALACIO STEFANY ALEJANDRA termina con el nombre de WITT RODRIGUEZ CARMEN SOFIA.

Firmado por ELEAZAR ALVAREZ CANTILLO (Rector) y DALIS TEJEDA FLOREZ (Secretaria). Esta acta es fiel copia del libro general de graduación de la Institución.

Se expide la presente a solicitud de la interesada en Santa Marta D.T.C. e H. al (01) día del mes de Diciembre de 2016.

Firmado y Sellado

ELEAZAR ALVAREZ CANTILLO
Rector

DALIS TEJEDA FLOREZ
Secretaria

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Ente Personería Jurídica No. 3052 del 25 de febrero de 1974, expedida por el Ministerio de Justicia y con reconocimiento institucional como Universidad mediante la Resolución No. 08687 del 24 de julio de 1987, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO

Programa de ENFERMERÍA *Código:Código: E-113-4209-21*

En Barranquilla a los 25 días del mes de Junio de 2021, según consta en el Acta, de forma virtual a través de la aplicación Teams de la Plataforma Office 365 y en atención a la Directiva del Ministerio de Educación Nacional No. 02 del 19 de marzo de 2020, los señores JUAN JOSE ACOSTA OSSIO, Rector de la Universidad Metropolitana; ARTURO GONZALEZ PEÑA, Vice-Rector Academico, MARÍA CLAUDIA VARGAS VASQUEZ Director(a) del Programa, con el fin de protocolizar el grado en el Programa de Programa de ENFERMERÍA a:

Paola Andrea Gómez Afanador

Cédula De Ciudadanía 1.001.940.118 de Barranquilla

Quien recibe su titulo despúes de haber llenado los requisitos que los Reglamentos de la Universidad exigen para tal fin.

El señor Rector de la Universidad autorizó el envío del Diploma que lo acredita como:

Enfermera

Para constancia se firma la presente Acta por todos los que en ella han intervenido.

(Fdo) JUAN JOSE ACOSTA OSSIO
Rector

(Fdo)MARÍA CLAUDIA VARGAS VASQUEZ
Director(a) de Programa

(Fdo)ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA
Vice-Rector Academico

Es fiel copia de la parte pertinente del original, tomado del Libro de Actas respectivo.

ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA
Vice-Rector Academico

Escaneado con CamScanner

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **PAOLA ANDREA GOMEZ AFANADOR** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.001.940.118, 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 de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dieciséis (16) días del mes de enero del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



PAOLA ANDREA GOMEZ AFANADOR
C.C. 1.001.940.118
Universidad Metropolitana
Barranquilla
Fecha de Expedición Diploma: **25/06/2021**
Fecha de Inscripción en Rethus: **20/08/2021**

45722

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

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Escaneado con CamScanner

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

Cambiar

9540

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-05-30--3:44:15 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1001940118	PAOLA	ANDREA	GOMEZ	AFANADOR	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) PAOLA ANDREA GOMEZ AFANADOR identificado(a) con CC 1001940118 registra La siguiente información:

2023-05-30--3:44:15 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2021-08-20	1001940118	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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 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).

FORMULARIO PARA LA POLIZA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA MEDICOS Y CIRUJANOS

DATOS SOBRE COBERTURA SOLICITADA

Fecha original de petición de la póliza DD 11 MM 09 AA 2023			
OPCIÓN DE SUMA ASEGURADA	**OPCIÓN 1.** 250.000.000	**OPCIÓN 2.**	**OPCIÓN 3.** _____

Nombre del Proponente: Paola Gomez		Apellidos Completos: Alvarado	
Fecha de nacimiento: 14/07/2000		No. De documento: 1001940118	
Domicilio Particular: Parques de Bolivar 2		Domicilio Laboral:	
Teléfono: 3002489247		Teléfono: 3002489247	Celular:
Universidad en la que se Graduó: Universidad metropol		Fecha de Graduación: 25/08/2021	
Especialidad: fara		Año en que fue otorgada la especialización:	
¿Tiene usted algún entrenamiento médico adicional?		¿Dónde lo Obtuvo?	
¿Cuándo lo obtuvo?		Años de Experiencia como profesional; 2 años	
No. Matricula	Fecha	Tipo de matrícula Completa ( )	Temporaria ( ) Limitada ( )
Autoridad que la otorgó		Otras Matrículas	
Número de pacientes que atiende anualmente:		Tiene personal auxiliar a su servicio	Si No. X Cuantos;

CLASIFICACION

Marque con una X según su especialidad y tipo de contrato con alguna institución.

Grupo A Médicos bajo relación laboral, de acuerdo a su especialización

Grupo B Médicos autorizados para ejercer su profesión dentro de una institución de acuerdo a su especialización.

Categoria	Especialidad	Grupo A	Grupo B
I	Anestesiólogos – Ginecólogos - Ginecólogos		
II	Especialistas en Cirugía -- Ortopedia - Urología - Oftalmología y Radiología		
III	Demás Médicos		
IV	Odontólogos y Ortodoncistas		
VII	Paramédicos y enfermeras - Otros profesionales de la salud	X	

DECLARACION SOBRE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

Enuncie las instituciones clínicas u hospitalarias, donde Ud. es miembro del staff;

Esta Ud. Asociado, de algún modo, a:

a) Entidad Sanitaria Con camas y comodidades? NO ( ) SI (X)	b) Clínica, Banco de Sangre o laboratorio? NO (X) SI ( )
c) Org. para mantener la salud, obra social, etc., NO (X) SI ( )	d) Esta Ud. Empleado o Contratado? NO ( ) SI (X)

Si la Respuesta es afirmativa, indique el nombre legal y la ubicación de la entidad, así como el departamento para el que trabaja;

	¿Cuántos días trabaja por semana? 7 ¿Horas por día? 8
	¿Cuántos días trabaja por semana? ¿Horas por día?
	¿Cuántos días trabaja por semana? ¿Horas por día?

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Ud. Administra anestesia?			SI ( ) NO ( )
Si su respuesta es afirmativa, indique clase de anestesia que utiliza.			
Espinal; SI ( ) NO (X)	Caudal; SI ( ) NO (X)	General; SI ( ) NO (X)	Local; SI ( ) NO (X)
Intravenosa Analgésica; SI ( ) NO ( )		Otras:	

¿Realiza Ud. Cirugía plástica cosmética?	NO (X) SI ( )	Rinoplastia; NO (X) SI ( )		Liposucción	NO (X) SI ( )
Trasplante capilar o sutura de piezas capilares	NO ( ) SI ( )	Implantes de siliconas NO (X)	SI ( )		NO ( ) SI ( )
Blefaroplastia; NO (X) SI ( )		Otras cirugías cosméticas; NO (X) SI ( )		:	NO ( ) SI ( )
En caso afirmativo explique su respuesta;					

OTRA INFORMACION DEL PROFESIONAL

Si la respuesta a alguna de estas preguntas es afirmativa, aclare (incluyendo fechas) en hoja aparte toda la información posible.

a) ha estado en prisión por algún acto (excepto violación de Transito)?	NO (X) SI ( )
b) Ha sido sancionado por algún cuerpo administrativo o asociación profesional?	NO (X) SI ( )
c) Le han rechazado, anulado, no renovado o emitido alguna vez bajo términos especiales su seguro de RC.P?	NO (X) SI ( )
d) Ha empleado narcóticos u otras drogas psicoactivas que interfieran en su capacidad para realizar su actividad?	NO (X) SI ( )
e) Ha estado en algún programa de rehabilitación debido al uso de drogas u alcohol?	NO (X) SI ( )
f) Conoce hechos o circunstancias que puedan dar lugar a reclamos o juicios por su práctica?	NO (X) SI ( )
g) Ha estado involucrado, directa o indirecta/ o está actual/ en litigio por algún reclamo o juicio por mala praxis?	NO (X) SI ( )

FORMULARIO PARA LA POLIZA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA MEDICOS Y CIRUJANOS

DECLARACION DE SEGUROS EXISTENTES	
En caso de haber tenido seguro de responsabilidad civil profesional vigente durante el último año, sírvase especificar: NO ( ) SI (X)	
Nombre del Asegurador Confianza	¿Vigencia del Seguro? NO (X) SI ( )
Limites previstos de responsabilidad	Tipo de Cobertura: claims made ( ) Ocurrence ( ) NO ( ) SI (X)

CONDICION PARA OTORGAR COBERTURA A ESPECIALISTAS O CIRUJANOS

En caso tal, que el profesional solicitante del seguro lo haga en calidad de profesional con especialización en algún ramo de la medicina, se requiere el diligenciamiento previo del ANEXO No.1 y adjuntarlo al presente formulario como parte integrante de la solicitud del seguro.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3)Que como titular de la información me asisten los derechos a conocer, actualizar rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para : Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se cumpla con las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

09-09-2022
Fecha de Diligenciamiento (dd/mm/aaaa)

Paola Gomez
Firma del Profesional

Requisitos para cotización;
1. Fotocopia legible de la tarjeta profesional o soportes que acredita el titulo o la especialización.
2. Fotocopia del documento de identificación del profesional.
3. Anexo No. 1 (en los casos que sea necesario).

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Paola Andrea Gómez Afanador

CC: 1001940118

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

Para: **Enfermera Superior.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el ministerio de educación bajo el artículo **43 de la ley 115 de 1994** y el acuerdo con el artículo **2.6.6.8. del DURSE.** El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Basados en el marco del Decreto 1710 de 2020 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **02** del mes de **Octubre** del **2023** con una intensidad de **80 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Paola Andrea Gómez Afanador

CC: 1001940118

En el Curso de: **SVB - SOPORTE VITAL BASICO** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón (A.H.A).

Para: **Enfermera Superior.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el ministerio de educación bajo el artículo **43 de la ley 115 de 1994** y el acuerdo con el artículo **2.6.6.8. del DURSE.** El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **29** del mes de **Septiembre** del **2023** con una intensidad de **24 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAY
Médico General
Coordinador Cientifico Quiró
Técnico en Urgencias Médica
Instructor Internacional NAEM

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDR

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Paola Andrea Gómez Afanador

CC: 1001940118

En el Curso de: **ACLS - SOPORTE VITAL AVANZADO** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón (A.H.A).

Para: **Enfermera Superior.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el ministerio de educación bajo el artículo **43 de la ley 115 de 1994** y el acuerdo con el artículo **2.6.6.8. del DURSE.** El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **30** del mes de **Septiembre** del **2023** con una intensidad de **24 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAY
Médico General
Coordinador Cientifico Quiró
Técnico en Urgencias Médica
Instructor Internacional NAE

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDR

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Paola Andrea Gómez Afanador

CC 1001940118 de Barranquilla

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

FUNDACIONNUESTRA SEÑORADELAESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2023-09-29
Fecha de vencimiento: 2025-09-29

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Paola Andrea Gómez Afanador

CC 1001940118 de Barranquilla

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

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.c

Fecha de emisión: 2023-09-27
Fecha de vencimiento: 2025-09-27

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educati
Desarrollo Humano
Docente Especialista

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA SANTAMARTA	**DIRECCIÓN**	CARRERA 19 Nº 23 - 65 BARRIO LOS NARANJOS
TELÉFONO	4358314	**EMAIL**	santamarta@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-09-27	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	PAOLA ANDREA GOMEZ AFANADOR		Identificación CC	Nro	1001940118
Fecha de Nacimiento	2000-01-14	**Edad**	23	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	ENFERMERA JEFE				
Fecha Ingreso	2021-09-27 16:04:27	**Fecha Salida**	2021-09-27 16:06:39		

EXAMENES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS — NO PRESENTA

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009 y Resolución 217 de 2014.

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Isabel Jaraba Sarmiento
Universidad del Norte
Medico S.S.T
Lic. 315

ISABEL JARABA
RM: 26671535
Firma y sello del médico

Paola Gomez

PAOLA ANDREA GOMEZ AFANADOR
CC 1001940118
Firma del trabajador

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombres y Apellidos: PAOLA ANDREA GOMEZ AFANADOR Documento: CC 1001940118 Fecha Nacimiento: 14/01/2000 Fecha Generación: 10/09/2023

Edad	Me protege de	Dosis	Tipo Esquema	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador
				Dia	Mes	Año				Dia	Mes	Año	
12 meses	Fiebre amarilla	Única	PAI	28	9	2021		R3N101V	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA				mirlandys quintero moreno
9 años	VPH	Segunda	PAI	16	7	2014		J006326	STA MARTA UBA LA ESPERANZA Coomeva	10	11	2014	
Sin rango de edad	COVID ASTRAZENECA	Primera	PAI Adicional	20	8	2021	Oxford-AstraZeneca	77785	BIENESTAR IPS SEDE CITY MALL	12	11	2021	BERTHA JIMENEZ
Sin rango de edad	COVID ASTRAZENECA	Segunda	PAI Adicional	30	12	2021	Oxford-AstraZeneca	77904	NATALIS S.A.S PERINATOLOGIA, DIAGNOSTICO Y ULTRASONIDO PRENATAL				lizbeth PATRICIA viloria MARTINEZ
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Primer Refuerzo	PAI Adicional	17	12	2022	Sinovac	202112131B	STA MARTA CENTRO DE SALUD BASTIDAS	18	5	2034	Jorge Eliecer Diaz Barliz
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Primera	Particular	17	8	2019		AHBVC756A	BARRANQUILA CRUZ ROJA COLOMBIANA ATLANTICO	17	9	2019	Silvia Fuentes Perez
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Segunda	Particular	23	1	2020		AHABVC771AB	STA MARTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL MAGD	24	1	2020	BELKYS MORENO PERDOMO
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Tercera	Particular	28	9	2021		ufx20003	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	28	10	2022	mirlandys quintero moreno
Sin rango de edad	Influenza Adultos particular	Anual	Particular	28	9	2021		uj631ac	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	28	9	2022	mirlandys quintero moreno
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	PAI Adicional	9	6	2023	BUTANTAN	230049	STA MARTA CENTRO DE SALUD GUACHACA	8	6	2026	ONEYDA LUCIA CALDERON FERNANDEZ

Sin rango de edad	TD Adulto	Primera	PAI Adicional	1	8	2018		221501516A	BARRANQUILLA FUNDACION HOSPITA	1	8	2019	MARIA ELENA CANTILLO TONCEL
Sin rango de edad	TD Adulto	Segunda	PAI Adicional	16	8	2019		221501517B	BARRANQUILLA FUNDACION HOSPITA	17	2	2020	MARIA ELENA CANTILLO TONCEL
Sin rango de edad	TD Adulto	Tercera	PAI Adicional	28	9	2021		2330L021C	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	28	10	2022	mirlandys quintero moreno

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 1001940118 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 11/09/2023 05:47 PM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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	2023-05-30 16:22

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAOLA	ANDREA	GOMEZ	AFANADOR

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1001940118

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	BARRANQUILLA

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	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Av Libertador N° 25-67"]
Cargo o función que cumple	ENFERMERO

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	$3.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$3.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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 [X] 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
Madre	ROSALBA AFANADOR JIMENEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	28496480	ninguno
Padre	OVIDIO GOMEZ NIÑO	CEDULA DE CIUDADANIA	91239816	NINGUNO
Hermano(a)	JULIAN ANDRES GOMEZ AFANADOR	TARJETA DE IDENTIDAD	1082925501	NINGUNO
Hermano(a)	CRISTIAN DAVID GOMEZ AFANADOR	CEDULA DE CIUDADANIA	1001941901	NINGUNO

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que GOMEZ AFANADOR PAOLA ANDREA identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1001940118 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-1001940118
NOMBRES Y APELLIDOS:	GOMEZ AFANADOR PAOLA ANDREA
TIPO DE AFILIADO:	COTIZANTE
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	01/01/2022
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
NIVEL:	2
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	SANTA MARTA / MAGDALENA

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generacion: 10/09/2023
Codigo de verificacion: AFCS202200000328095
Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

porvenir
sólo hay uno

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:

PAOLA ANDREA GOMEZ AFANADOR, *identificado(a) con cédula de ciudadanía* **1.001.940.118**, *se encuentra* afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 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.

HJMB

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

Ciudad: Santa Marta

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Paola andrea Gomez Alvarador

Sexo: M | F | X

Tipo de Documento: CC X | CE | TI | RC | PP

Número: 1001940178

Expedido en: Barranquilla

Fecha de Expedición: 05-02-2018

Estado Civil (Seleccione): Soltero X | Casado | Divorciado | U. libre | Viuda

Nivel educativo: Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad X

No. Personas a cargo: 0

Tipo de Vivienda: Propia | Arrendada X | Familiar | Zona Ubicación: Rural | Urbano X

Fecha de nacimiento: 14 07 2000

Lugar de Nacimiento: Barranquilla

Dirección Domicilio: Parques Bolivar 2 torre 35 apto 601

Municipio / Ciudad: Magdalena

Departamento: Santa Marta

Correo Electrónico: Paolagomez14466@gmail.com

No. Celular: 3002488247

Teléfono:

Ocupación (Seleccione): Estudiante | Independiente | Empleado X | Hogar | Jubilado

Actividad Principal CIIU:

Detalle Actividad Económica: Enfermera

Descripción del CIIU:

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal:

Tipo de Documento: C.C. | P.P

Número:

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio: Esealpro ltda

Tipo de Empresa o Negocio: Publica | Privada X | Mixta | Otra, cual?

Cargo:

Dirección de empresa o negocio: AV - 26

Ciudad: Sta Marta

Barrio: Av libertador

No. Teléfono:

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: $ 3.000.000

Total Egresos mensuales: $1.000.000

Otros Ingresos Mensuales: 0

Otros Egresos Mensuales: 0

Total Activos:

Total Pasivos: $1.000.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes 09 Año 2022

Es declarante? SI | NO

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

No

Declara que soy persona públicamente expuesta PEP?

No

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

De mi ocupacion como profesional de enfermeria

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 propios, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dineros provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o 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, Consulta de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, todo lo relacionado 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 monitoreo, 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 y/o incumplimiento por mis obligaciones se reflejara 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 en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, o 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 su utilización o revocar la autorización otorgada en el numeral 3) Conozco mis derechos y obligaciones otorgados de la ley de Habeas Data y Protección de Datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez

Paola Gomez

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (ikmos) 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