En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, **NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO**, Identificado con Cédula No. **26.671.476** 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: _____

	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 **26.671.476**
JIMENEZ ALVARADO

APELLIDOS
NAZLA BEATRIZ

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1979**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

08-JUN-1998 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00084802-F-0026671476-20080930 0003921085A 1 4420003123

3

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar Registro

Ha buscado el número de identificación: **26671476**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	26671476	JIMENEZ	ALVARADO	NAZLA	BEATRIZ	09/10/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO identificado con C.C./C.E./P.P No. 26671476 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 05 del mes de diciembre de 2023.

Firma _____

Nombre NAZLA JIMENEZ ALVARADO

Cédula 26671476

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

aumentar el contraste

UTC -5 10:44:18

NAZLA BEATRIZ JIM...

Buscar | mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

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

editar

información del usuario



Género	Mujer
Carga	
título	Sra.
Nombre	NAZLA BEATRIZ
Apellidos	JIMENEZ ALVARADO
Fecha de nacimiento	29/11/1979 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
numero de documento	26671476
direccion	
codigo postal	
Estrato	2
Ubicación	santamarta
pais	COLOMBIA
Correo electrónico	nazlit6@hotmail.com

SANTA MARTA, DICIEMBRE DE 2023

DOCTOR
GERMAN VARGAS MOSQUERA
GERENTE
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE

REFERENCIA: PROPUESTA PROCESO DE CONTRATACIÓN COMO ENFERMERA PROFESIONAL

Cordial saludo:

La suscrita **NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO**, identificado con número de cédula N° 26671476, expedida en Santa Marta (Magdalena) y de acuerdo con los requerimientos del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, me dirijo a usted, con el fin de presentar mi propuesta para ejercer mis funciones en esta Institución.

En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones del objeto de contrato que me adjudique de tener la oportunidad de que esta propuesta sea aceptada.

Atentamente,

NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO

C.C. N° 26671476, expedida en Santa Marta (Magdalena)

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14263514463

(415)7707212489984(8020) 000001426351446 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 6 7 1 4 7 6	5	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	2 6 6 7 1 4 7 6	1 9 9 8 0 6 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JIMENEZ	ALVARADO	NAZLA	BEATRIZ

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 5 A 17 20 BRR LOS ALMENDROS

42. Correo electrónico: nazlit6@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 4 3 1 9 2 9 5	3 0 0 4 1 0 8 9 6 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 4 1 2 1 3						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	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios 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: 2 61. Fecha 2013 - 11 - 01

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CALERO NORIEGA MARTINA MERCEDES

985. Cargo Analista I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Jiménez	Alvarado	Nazla Beatriz

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 26671476 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES 11 AÑO 1979

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 7 A 17 04 Casa ALMENDROS

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL nazlit6@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	08	2002	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENIFICA				*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 23 42 ALCAZARES						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	03	*Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA HOSPITALIZACION				*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 23 42 ALCAZARES						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIOVASCULAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	09	*Mes*	11	*Año*	2004	*Día*	27	*Mes*	07	*Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA*				*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	09	*Mes*	11	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	06	*Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INFECTOLOGIA				*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUDTOTAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
		Día	12	*Mes*	02	*Año*	2007	*Día*	05	*Mes*	03	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección				

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	13	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	25	7

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento **Santa Marta - Diciembre de 2023.**

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

Nazla Beatriz Jiménez Alvarado

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 26'671.476 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

ENFERMERA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello se firma
en Santa Marta a los 30 días del mes de agosto de 2002

Rector

Rector Honorario

Decano de facultad

Director Seccional

Secretario General

Registros y Diplomas

Anotado al folio No. 435 del libro de Registros y Diplomas No. 3

Refrendado en Santa Marta el 30 de Agosto de 2002

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Certifica Que:

Nazla Beatriz Jiménez Alvarado

C.C. No. 26671476

Asistió al Diplomado: La Seguridad del Paciente y la Atención Humanizada, con una intensidad de 92 horas.

Juan José Acosta Ossio
Rector

Yadira Gravini Z.
Yadira Gravini Zapata
Coordinadora de Educación Continua

Brency Peña
Brency Peña De la Cruz
Directora de Extensión

Barranquilla, Noviembre 9 de 2019.

9019 - 19 - 476

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Magdalena
FUNDESOL-TECNOLOGIA MEDICA LTDA-UNION TEMPORAL
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
PLAN DE ATENCION BASICA

2006 AÑO PAZ
Y RECONCILIACIÓN

CERTIFICA QUE:

NASLA JIMENEZ

CC. No: 26,671,476

CURSO Y APROBO

Del Taller de Capacitación en "ACTUALIZACION EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI". dentro de la acciones del Plan de Atención Básica (PAB) 2006 del departamento del Magdalena, realizado en el Auditorio del Hotel Yuldama Rodadero, con una intensidad de **(40)** horas, durante los días 11,12,13, 14 y 15 de Diciembre de 2006

ZANDRA CASTAÑEDA LOPEZ
Coordinadora de Salud Pública Dptal.

ALEXI ANDRES BAQUERO C.
Representante Legal FUNDESOL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Magdalena
FUNDESOL-TECNOLOGIA MEDICA LTDA-UNION TEMPORAL
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
PLAN DE ATENCION BASICA

2006 AÑO PAZ
Y RECONCILIACIÓN

CERTIFICA QUE:

NASLA JIMENEZ ALVARADO

CC. No: 26.671.476

CURSO Y APROBO

Del Taller de Capacitación en "CIE-10 Y ESTADISTICAS VITALES ". del componente Vigilancia en Salud Publica dentro de la acciones del Plan de Atención Básica (PAB) 2006 del departamento del Magdalena, realizado en el Auditorio del Hotel Yuldama Rodadero, con una intensidad de **(32)** horas, durante los días 4, 5, 6 y 7 de Diciembre de 2006

ZANDRA CASTAÑEDA LOPEZ
Coordinadora de Salud Publica Dptal.

ALEXI ANDRES BAQUERO C.
Representante Legal-FUNDESOL

FCV
FUNDACIÓN
CARDIOVASCULAR
DE COLOMBIA

Instituto del Corazón Santa Marta

CERTIFICAN QUE:

NAZLA BEATRÍZ JIMENEZ ALVARADO

C.C. 26.671.476

Participó en el programa de educación continuada en Cardiología de 2008 habiendo asistido 2 horas aula.

ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Gerente FCV ICSM

AMPARO ROJANO POLO
Coordinadora Asistencial FCV ICSM

CARLOS ARNULFO ARIZA LA ROTTA
Coordinador Servicio Cardiología FCV ICSM

Santa Marta, Febrero 27 de 2009

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Magdalena
FUNDESOL-TECNOLOGIA MEDICA LTDA-UNION TEMPORAL
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
PLAN DE ATENCION BASICA

2006 AÑO PAZ
Y RECONCILIACIÓN

CERTIFICA QUE:

NAZLA JIMENEZ ALVARADO

CC. No: 26,671,476

CURSO Y APROBÒ

Del Taller de Capacitación en "SALUD PUBLICA Y LINEAMIENTOS 2007". del componente Vigilancia en Salud Publica, dentro de la acciones del Plan de Atención Básica (PAB) 2006 del departamento del Magdalena, realizado en el Auditorio del Hotel Yuldama Rodadero, con una intensidad de (40) horas, durante los días 18,19, 20, 21 y 22 de Diciembre de 2006

ZANDRA CASTAÑEDA LOPEZ
Coordinadora de Salud Pública Dptal.

ALEXI ANDRES BAQUERO CAMACHO
Representante Legal-FUNDESOL

FCV
FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

Instituto del Corazón Santa Marta

CERTIFICAN QUE:

NAZLA BEATRÍZ JIMENEZ ALVARADO

C.C. 26.671.476

Participó en el programa de educación continuada en Cardiología de 2008 habiendo asistido 2 horas aula.

ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Gerente FCV ICSM

AMPARO ROJANO POLO
Coordinadora Asistencial FCV ICSM

CARLOS ARNULFO ARIZA LA ROTTA
Coordinador Servicio Cardiología FCV ICSM

Santa Marta, Febrero 27 de 2009

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Magdalena
FUNDESOL-TECNOLOGIA MEDICA LTDA-UNION TEMPORAL
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
PLAN DE ATENCION BASICA

2006 AÑO PAZ
Y RECONCILIACIÓN

CERTIFICA QUE:

NASLA JIMENEZ ALVARADO

CC. No: 26.671.476

CURSO Y APROBO

Del Taller de Capacitación en "CIE-10 Y ESTADISTICAS VITALES ". del componente Vigilancia en Salud Publica dentro de la acciones del Plan de Atención Básica (PAB) 2006 del departamento del Magdalena, realizado en el Auditorio del Hotel Yuldama Rodadero, con una intensidad de **(32)** horas, durante los días 4, 5, 6 y 7 de Diciembre de 2006

ZANDRA CASTAÑEDA LOPEZ
Coordinadora de Salud Publica Dptal.

ALEXI ANDRES BAQUERO C.
Representante Legal-FUNDESOL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Magdalena
FUNDESOL-TECNOLOGIA MEDICA LTDA-UNION TEMPORAL
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
PLAN DE ATENCION BASICA

2006 AÑO PAZ
Y RECONCILIACIÓN

CERTIFICA QUE:

NASLA JIMENEZ

CC. No: 26,671,476

CURSO Y APROBO

Del Taller de Capacitación en "ACTUALIZACION EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI". dentro de la acciones del Plan de Atención Básica (PAB) 2006 del departamento del Magdalena, realizado en el Auditorio del Hotel Yuldama Rodadero, con una intensidad de **(40)** horas, durante los días 11,12,13, 14 y 15 de Diciembre de 2006

ZANDRA CASTAÑEDA LOPEZ
Coordinadora de Salud Pública Dptal.

ALEXI ANDRES BAQUERO C.
Representante Legal-FUNDESOL

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **NAZLA BEATRIZ JIMÉNEZ ALVARADO** identificada con la cédula de ciudadanía número 26.671.476, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dieciocho (18) días del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47- 639

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

CONSIDERANDO:

Que **NAZLA BEATRIZ JIMÉNEZ ALVARADO,** identificada con cédula de ciudadanía No 26.671.476 ha solicitado el registro de su TITULO de **ENFERMERA** que le otorgó: LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, según Acta de Certificación No 144 de 16 de Julio de 2002.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **NAZLA BEATRIZ JIMÉNEZ ALVARADO,** para ejercer la profesión de **ENFERMRA** en todo el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 13 SET 2004

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCIÓN No. 47-_____
LIDERAZGO SEGURIDAD Y TRANSPARENCIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO
NOMBRE NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO
C.C. 26.671.476 SANTA MARTA
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
RUN No. 10434
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 22/MAR/2005 FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 22/MAR/2015

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 26671476

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6154

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-10→7:07:41 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	26671476	NAZLA	BEATRIZ	JIMENEZ	ALVARADO	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) NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO identificado(a) con CC 26671476 registra La siguiente información:

2023-12-10→7:07:41 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2005-03-22		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2004-09-13	639	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

Reg. EN02297441-2020

CERTIFICA QUE:

NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO

C.C. N° 26671476

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 25 NOVIEMBRE DEL 2019. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 10 DE DICIEMBRE 2020.

CARLOS A. RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

CV-202112-ACLS0038

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

NAZLA BEATRIZ JIMÉNEZ ALVARADO
C.C. 26.671.476

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE A.C.L.S. (ADVANCED CIRCULATION LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR AVANZADA

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 10, 11 y 12 de diciembre de 2021, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **diciembre de 2023**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.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

Nazla Beatriz Jiménez Alvarado

CC 26671476 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2023-09-16
Fecha de vencimiento: 2025-09-16

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Verificación

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

Certifica

Nazla Beatriz Jiménez Alvarado

CC 26671476 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2023-09-18
Fecha de vencimiento: 2025-09-18

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Servicios Médicos Domiciliarios LTDA

SERVIMED I.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	CIUDAD	AÑO		
		DIA	MES	AÑO
HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez B.	SANTA MARTA	11	12	2020

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre Y Apellido:	Documento de Identidad			
NAZLA JIMENEZ ALVARADO	Tipo: CC	No	26671476	

Direccion		Telefono	

Cargo:	Sexo: M	F	Fecha de Nacimiento:
ENFERMERA		X	29-11-79

Tipo de Examen Ocupacional

Preocupacional	X	Periodico		Post Ocupacional		Manipulador Alimentos	
Reintegro Laboral		Post Incapacidad		Reubicacion			

Examenes Practicados (N: Normal A: Anormal NR: No Realizado)

EXAMEN	N	A	LABORATORIOS /IMÁGENES	N	A
Medico Ocupacional	X				
Visiometria					
Espirometria					
Audiometria					

Aptitud Ocupacional Ingreso

Al examen medico no presenta defectos ni patologia aparente	X
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:

Concepto Final de Aptitud Ocupacional

Apto sin Limitaciones	X	Apto con limitacione		Aplazado		Apto Manipular Alimentos	
No Apto		Apto para Alturas		No Apto para Alturas		No Apto Espacios Confinados	
Apto Espacios Confinados							

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

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

Dr. Gustavo Severini
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 1529

Firma del Medico
Licencia de Salud Ocupacional

Firma del Trabajador
CC No. 26671476

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
NIT: 891.780.185-

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL "FERNANDO TROCONIS"

CERTIFICA

Que la señora **NAZLA JIMENEZ ALVARADO** identificada con la Cedula de Ciudadanía No **26.671.476** fue Contratista de esta ESE Hospital Universitario Fernando Troconis, prestando sus servicios como **JEFE DE ENFERMERA**, en virtud de las siguientes órdenes de Prestación de Servicios:

1. No. **1236** de fecha 1 de Noviembre de 2013, con un plazo de ejecución contrato a partir del 1 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2013
2. No. **278** de fecha 10 de Enero de 2014, con un plazo de ejecución contrato a partir del 31 de Enero al 30 de Junio de 2014
3. No. **902** de fecha 11 de Agosto de 2014, con un plazo de ejecución contrato a partir del 11 de Agosto al 31 de Agosto de 2014
4. No. **1077** de fecha 05 de Septiembre de 2014, con un plazo de ejecución contrato a partir del 05 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2014
5. No. **292** de fecha 07 de Enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del día 07 hasta el 31 de Marzo de 2015
6. No. **823** de fecha 01 de Abril de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Abril hasta el día 30 de Junio de 2015

Dirección: Carrera 14 No 23-42 Santa Marta-Colombia
E-mail: talentohumano@hospitalfernandotroconis.com
Teléfonos: 4346262 Ext. 140 -3215399661-3157199484

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
NIT: 891.780.185-

7. No. **1928** de fecha 08 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del día 08 de Julio hasta el 31 de Octubre de 2015.

Lo anterior se expide por solicitud de la interesa a los treinta y un (31) días del mes de Enero de 2017.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
Profesional Especializada

COOPASISTENCIA CTA
ASISTIMOS PARA LA VIDA.
NIT: 804012156-9

Vigilada Superintendencia de Economía Solidaria

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOPASISTENCIA CTA

CERTIFICA QUE:

NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 26671476 tiene convenio de trabajo asociado con COOPASISTENCIA CTA desde el 9 de noviembre de 2007, que aporta su trabajo asociado como Enfermera en el subproceso de HOSPITALIZACION SM en el centro de costo de la ciudad de SANTA MARTA.

Existe un contrato de asociación Indefinido con los siguientes ingresos a favor del asociado:

Compensación Ordinaria	1430034,4
Compensación Extraordinaria	0
Ayuda de Movilización	0

Este certificado se expide a solicitud del interesado el día miércoles, 06 de julio de 2011

OMAR HERNAN NOVA JAIMES
Gerente

Este certificado fue generado a través de medio magnético; para la verificación del contenido por favor comunicarse con la persona responsable de nómina al teléfono 7 638 5656 – Celular 318 285 3638

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 26671476 **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 10/12/2023 07:16 PM

Código Verificación: **3ADQLJFN5R**

Válida hasta: **10/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud, es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Karla Beatriz
Apellidos: Jiménez Alvarado
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 26671476
Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 11 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	030780	Sanofi	Yanneth Bayona
Fiebre amarilla	Única	030780	P2446	Yanneth Bayona
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	050792	Sanofi	Yanneth Bayona
	2	050892	Sanofi	Beatriz Jiménez
	3	020293	Sanofi	Beatriz Jiménez
	4			
	5			
Hepatitis B	1	080996	452 U	Yanneth Bayona
	2	081096	452 U	Yanneth Bayona
	3	031196	452 U	Yanneth Bayona

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	15/10/19	Procesos	Yanneth Bayona
Otras				

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	2023-02-16 17:07

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NAZLA	BEATRIZ	JIMENEZ	ALVARADO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	26671476

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$37.200.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$37.200.000,00

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

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

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 [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 26671476
NOMBRES Y APELLIDOS	Jimenez Alvarado,Nazla Beatriz
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	07/10/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Jimenez Alvarado,Nazla Beatriz, a los 05 días del mes de diciembre del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JIMENEZ ALVARADO NAZLA BEATRIZ** identificado(a) con **CC** número **26.671.476** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2008 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023121019231

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO	M: F: X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E T.I R.C PP	26671476	SANTA MARTA	08/06/1998

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X								X	2		X			X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
20 11 1979	SANTA MARTA	CALLE 7 A # 17 A 04	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
NAZLIT6@HOTMAIL.COM	3044390715	#¿NOMBRE?

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado		8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
2224	ENFERMERA

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra. 14 #23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	3,100,000	Total Egresos mensules	3,100,000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	3,100,000	Total Pasivos	3,100,000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 Año 2022	Es declarante?	SI NO X

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

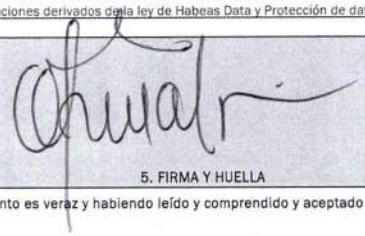
MI EMPLEO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: MI PROFESION COMO ENFERMERA _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.





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):