E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, **INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA,** Identificado con Cédula No. 57.5290.841 y Profesión **TECNICA AUXILAIR DE ENFERMERIA, AUTORIZO QUE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de Responsabilidad del Tratamiento de datos pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan acontinuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

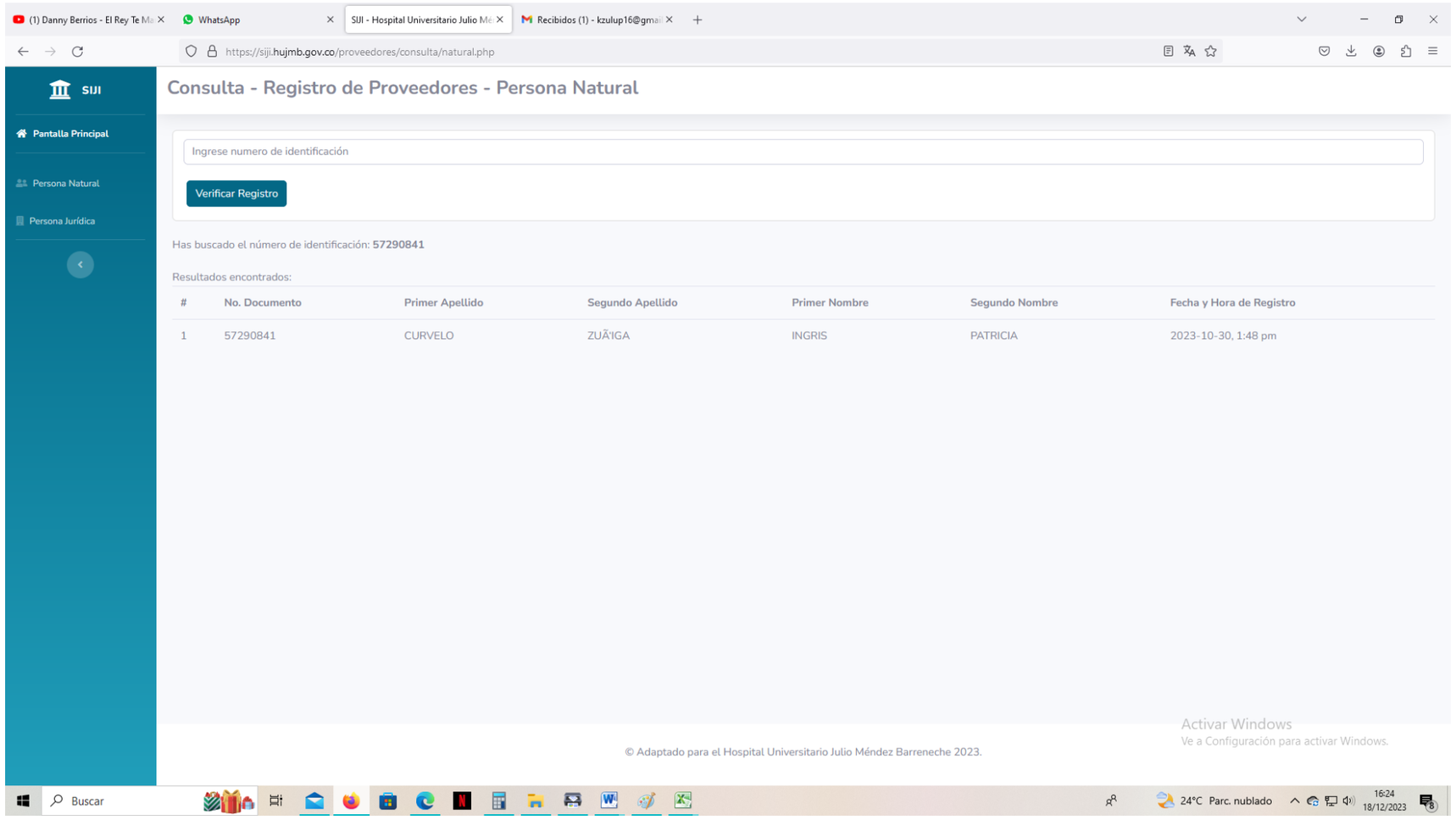
FIRMA I Ngrid Curvelo

	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 Unico 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 ETICO 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** (Neonatologia) **(Vigencia no Superior a DOS (02)**		
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 **GESTION 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 QUIMICOS** (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) año**		
30	Soporte de experiencia laboral		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registró en el sitio web.		
32	Vacunas **(HEPATITIS B)** (todo el personal asistencial)		
33	Formato DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES — 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/contratación/proveedores/		

I


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 57.290.841
CURVELO ZUÑIGA
APELLIDOS
INGRIS PATRICIA
NOMBRES
Ingrid Curvelo
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1980
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
16-ENE-2001 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
A-2100100-01170506-F-0057290841-20201014
0072073195A 1
9913374665


(1) Danny Berrios - El Rey Te Ma
WhatsApp
SIJI - Hospital Universitario Julio Mé
Recibidos (1) - kzulup16@gmai
https://sijji.hujmb.gov.co/proveedores/consulta/natural.php
SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificación
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 57290841
Resultados encontrados:
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 57290841 CURVELO ZUÃ'IGA INGRIS PATRICIA 2023-10-30, 1:48 pm
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.
Buscar
24°C Parc. nublado
16:24
18/12/2023

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA 1 de 1

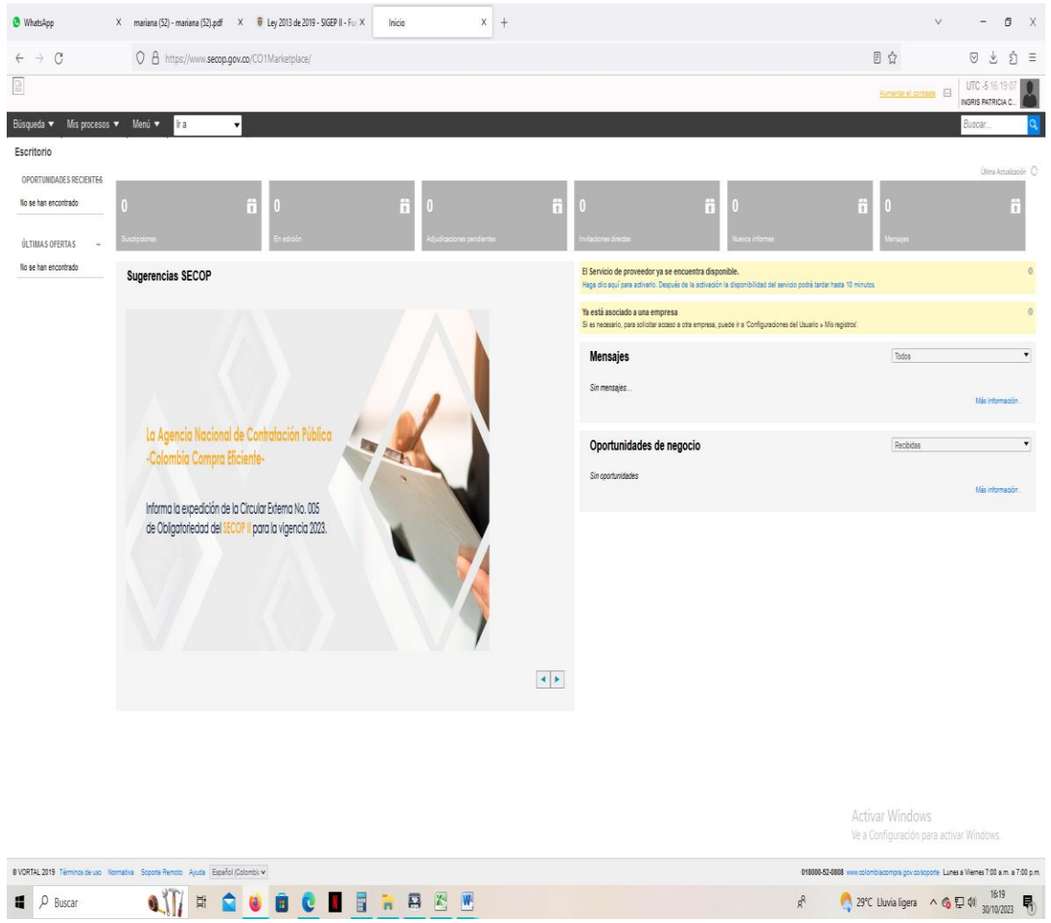
El(la) suscrito(a) **INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA**, identificado con C.C./C.E./P.P No. **57.290.841** expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **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.

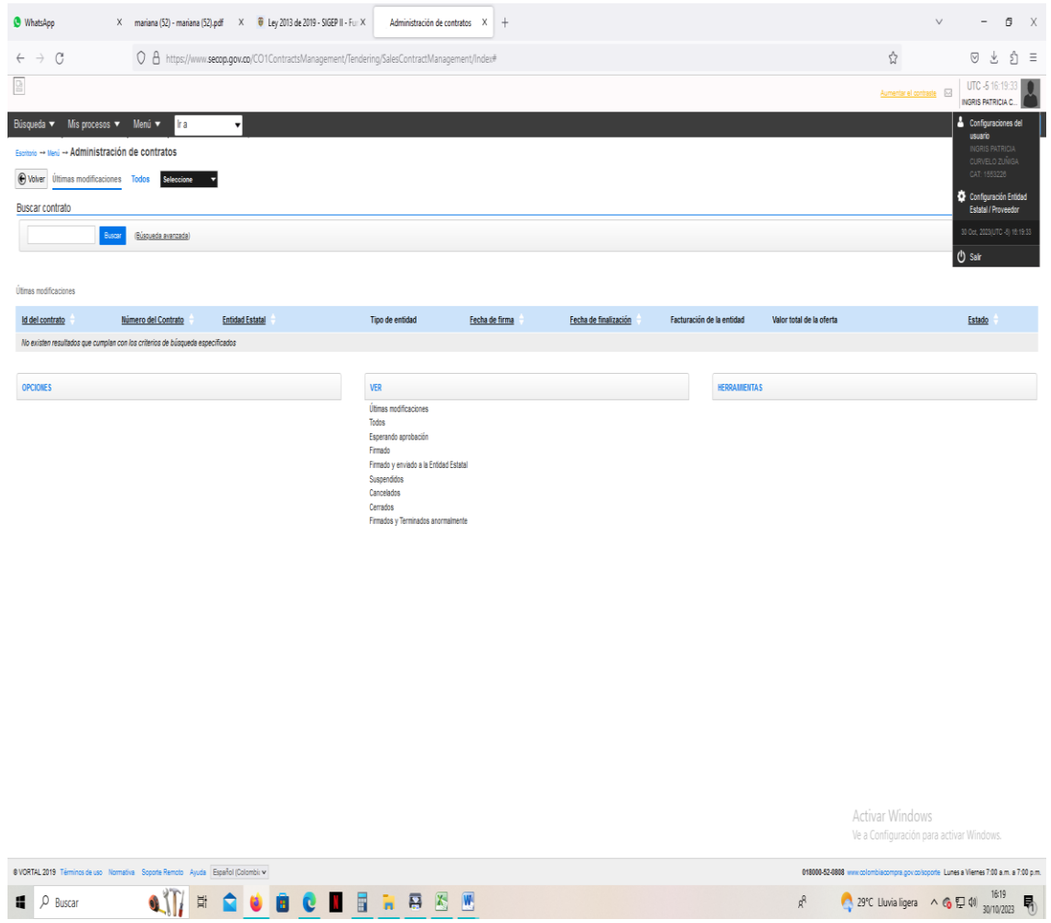
Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, 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 18 del mes de diciembre de 2023.

Firma I Ngrid Curvelo
Nombre **INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA**
Cédula **57.290.841**

COPIA CONTROLADA


WhatsApp
mariana (52) - mariana (52).pdf
Ley 2013 de 2019 - SIGEP II - Fu
Inicio
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Suscripciones
En edición
Adjudicaciones pendientes
Invitaciones directas
Nuevas informes
Mensajes
Sugerencias SECOP
La Agencia Nacional de Contratación Pública -Colombia Compra Eficiente-
Informa la expedición de la Circular Externa No. 005 de Obligatoriedad del SECOP II para la vigencia 2023.
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".
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información...
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información...
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
Buscar
29°C Lluvia ligera
16:19
30/10/2023


WhatsApp
mariana (52) - mariana (52).pdf
Ley 2013 de 2019 - SIGEP II - Fu
Administración de contratos
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index#
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Configuraciones del usuario
INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA
CAT: 1653226
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Salir
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
Buscar
29°C Lluvia ligera
16:19
30/10/2023

Santa Marta Diciembre de 2023

Señores:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE
Ciudad

ASUNTO: Oferta de servicios

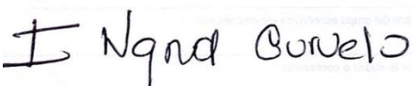
Yo, **INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA** , identificada con cédula de ciudadanía **N°57.290.841** expedida en santa marta (Mag), presento mi propuesta y disposición como auxiliar de Enfermeria, para prestar los servicios de promover cuidados integrales básicos a los usuarios y desarrollar las actitudes bajo supervisión de la enfermera del servicio. Cumpliendo con las políticas institucionales y normas vigentes. 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/o oportunidades de la contratación.

PLAZO: mi 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 de mi hoja de vida con sus respectivos soportes legales necesarios para la contratación.
De antemano agradezco su atención prestada.

Cordialmente,



INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA
CC. N°57.290.841 de santa marta
Dir: Mz Q casa 9 Urb Ascom
Email:
Cel: 3244113429

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Consecutivo: 0 2 — Actualización

4. Número de formulario: 14960223412

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 7 2 9 0 8 4 1 — 6. DV: 6 — 12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta — 9

13. Buzón electrónico

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	5 7 2 9 0 8 4 1	2 0 0 1 0 1 1 6

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
CURVELO	ZUÑIGA	INGRIS	PATRICIA

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: SEC 1 MZ Q CA 9 URB ASOCON

42. Correo electrónico: brendagranados0509@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código: 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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: 2023 - 10 - 31 / 11 : 25: 20

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: ORTIZ ACOSTA DANIEL ALFONSO

985. Cargo: Facilitador III

Fecha generación documento PDF: 31-10-2023 11:25:2

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

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
CURVELO	ZUÑIGA	INGRIS PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 57290841

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 01 MES 12 AÑO 1,9,8,0

PAÍS: Colombia

DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Mz Q casa 9 Urb Ascom

PAÍS: Colombia DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

TELÉFONO: 324 4113429 EMAIL: brendagranados0509@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: Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2,0,0,3

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC		X		Técnico Auxiliar de Enfermería	12	2011	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6054365007	DÍA 14 MES 11 AÑO 2023	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermería	Administración	Cra. 14 #23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
PREVER MAGDALENA IPS S.A.S		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	prevermagips@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
605 3506421	DÍA 03 MES 13 AÑO 2014	DÍA 06 MES 06 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria	R Humanos	calle 23 N14-17 Of 202

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESCULAPIO CRITICAL CARE		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	esculapiocriticalcare@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3106309936	DÍA 01 MES 08 AÑO 2012	DÍA 01 MES 02 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria	UCI	calle 23 kra 14 esquina piso 6

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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

I Nand Curvelo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 3235

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 10:00 p.m. del día 21 de Diciembre de 2011, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias en:
Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

A:

INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA
Doc. Identidad: 57.290.841, Expedido en: Santa Marta (Magd.)

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas:1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico y se registra en el folio No. 135 del Libro de Actas No. 002.

DIRECTOR ACADEMICO
CARLOS M. GONZALEZ GUTIERREZ

SECRETARIA
ANYI RODRIGUEZ GARCIA

CETECOS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

MODELO EUROPEO DE CALIDAD TOTAL
EN EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
EFQM

LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE SANTA MARTA Y
LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

CETECOS

Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Con licencia de funcionamiento según resolución No. 1407 del 28 de Noviembre de 2008 y con registro de programa según resolución
No. 1121 de Agosto 26 de 2010 emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y acuerdo
No. 0427 de Agosto 4 de 2010 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN:

TÉCNICO LABORAL EN:

Auxiliar en Enfermería

A:

INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA

Documento de Identidad: 57.290.841 de: Santa Marta (Magd.)

Por haber cursado y aprobado el programa de: Auxiliar en Enfermería
con una intensidad total de 1800 horas.

Dado en Santa Marta a los 21 días del mes de Diciembre de 2011

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 135 Registro 3235 del Libro de Actas 002

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 2797
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 57.290.841, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS otorgado por **LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA CETECOS** del Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificados No. 3235 del día 21 de Diciembre de 2011.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 57.290.841, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 28 DIC 2012

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Juana Molina – Profesional Universitario

Revisó: María Luisa Pérez N. – Profesional Especializado

RESPETO POR EL MAGDALENA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-21→7:37:20 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57290841	INGRIS	PATRICIA	CURVELO	ZUÑIGA	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) INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA identificado(a) con CC 57290841 registra La siguiente información:

2023-12-21→7:37:20 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2012-12-28	2797	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Ingris Patricia Curvelo Zuñiga

CC 57290841 de Santa Marta, Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-10-20
Fecha de vencimiento: 2025-10-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Ingris Patricia Curvelo Zuñiga

CC 57290841 de Santa Marta, Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS) con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2023-10-21
Fecha de vencimiento: 2025-10-21

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Ingris Patricia Curvelo Zuñiga

CC 57290841 de Santa Marta, Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado Manejo Integral en la Unidad de Cuidado Intensivos UCI Adulto. con un total de 160 Horas.

Fecha de emisión: 2023-10-24
Fecha de vencimiento: 2025-10-24

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Ingris Patricia Curvelo Zuñiga

CC 57290841 de Santa Marta, Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-10-25
Fecha de vencimiento: 2025-10-25

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Ingris Patricia Curvelo Zuñiga

CC 57290841 de Santa Marta, Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-10-24
Fecha de vencimiento: 2025-10-24

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

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2023 NÚMERO DE ACUERDO: 001 FECHA: 26/09/2023

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. 1948

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

QUE EN EL ACTUAL PRESUPUESTO DE GASTOS DE LA VIGENCIA FISCAL DE AÑO EN CURSO, EXISTE PARTIDA SUFICIENTE PARA DAR CUMPLIMIENTO CON EL PRESENTE CONTRATO, ORDEN DE TRABAJO, CUENTA DE COBRO O FACTURA Y/U OTROS

PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERIA DE ESTA ESE.

VALOR: $ 1,306,800,000.00

Código Rubro	Descripción	Lugar	Valor
2.4.5.02.09.901.20	servicios personales (personal asistencial)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE	1,306,800,000

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

USUARIO IMPRIME: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND

PREVER MAGDALENA IPS. S.A.S.

UN MODELO DE EXCELENCIA EN SALUD

NIT 900.635.194-0

HACE CONSTAR

Que la señora INGRID PATRICIA CURVELO ZUÑIGA laboró en nuestra empresa desde 6 del mes de marzo del año 2014 hasta el día 6 del mes de junio del año 2014; quien se desempeñó como Auxiliar de Enfermería, en esta misma ciudad.

Hago constar que durante el tiempo que estuvo la señora INGRID PATRICIA CURVELO ZUÑIGA laborando para nuestra empresa, siempre mostró una conducta de superación, iniciativa propia y mucha responsabilidad, sobresaliendo sus altos valores éticos, así como de honestidad, responsabilidad y total respeto, por lo cual no tengo impedimento para recomendarla.

Extiendo la presente constancia para los fines que al interesado convenga en Santa Marta a los 8 días del mes de Julio de 2014

Cordialmente

PREVER MAGDALENA IPS. S.A.S.
UN MODELO DE EXCELENCIA EN SALUD
DIANA DIAZ REDONDO
Enfermera Jefe

Calle 23 N° 14-17 Of. 202 Centro Medico y Comercial Los Alcázares| Teléfono: 4213506
e-mail: prevermagips@hotmail.com | Santa Marta - Magdalena, Colombia

LA SUSCRITA COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE ESCULAPIO CRITICAL CARE

CERTIFICA QUE

INGRI PATRICIA CURVELO ZUÑIGA, identificada con cédula de ciudadanía No. 57.290.841, realizó entrenamiento en nuestra entidad desde 1 de Agosto de 2012 hasta el 1 de Febrero de 2013 como Auxiliar de Enfermería Jefe en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrica.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Enero del 2014.

ANA CECILIA MENDEZ GUTIERREZ
Coordinadora Administrativa

Ingrid Curvelo Zuñiga
CC 57 290 841

Barranquilla (Principal): Cra. 49C No. 80 - 166 Piso 2 • Email: gerencia.esculapio@gmail.com
Santa Marta: Calle 23 Carrera 14 Esq | Piso 6 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS
Tel.: (095) 4220878 • Cel.: 310 6300930 • Email: esculapiocriticalcare@gmail.com

CEDELCA
CORPORACION EDUCATIVA DEL CARIBE
Personería Jurídica Nº 257 de 1994
Autorizada Según Resolución 0665 y 0668 del 2011 Por la Secretaría de Educación Distrital
y 0028 del 21 de enero del 2011 por medio del Ministerio de la Protección Social
Código DANE 347010053094 – Código ICFES 120500 – NIT 900294798

EL SUSCRITO COORDINADOR DE LA CORPORACION EDUCATIVA CEDELCA

CERTIFICA QUÉ:

INGRID PATRICIA CUERVELO ZUÑIGA; identificado (a) con CC 57.290.841; Se encuentra realizando el diplomado UCI ADULTO NEONAL Y PEDIATRICO en nuestra prestigiosa corporación comenzando el día 05 de agosto 2017 y culmina 23 de septiembre 2017

LA CONSTANCIA SE EXPIDE A PETICIÓN DEL INTERESADO

Dada en ciénaga a los (29) dias del mes de AGOSTO del 2017.

Atentamente,

Corporación Educativa
Del Caribe
CEDELCA

Paula Ariza Castillo
COORDINADORA

Calle 12 No. 14 – 03 Cel. 3215075498 cedelca.academica@hotmail.com
www.cedelca.net

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 57290841 **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 22/12/2023 10:51 AM

Código Verificación: **61MCR89SKF**

Válida hasta: **21/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	[illegible] 15-11	0536-1	20 AÑOS	[illegible]
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	04-08-11	UV0 09034	[illegible]
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	25-09-10	0241802	[illegible]
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
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	2023-12-21 19:47

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
INGRIS	PATRICIA	CURVELO	ZUÑIGA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57290841

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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:

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

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 5729041
NOMBRES Y APELLIDOS	Cúrvelo Zúñiga, Ingris Patricia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	17/01/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Cúrvelo Zúñiga, Ingris Patricia, a los 20 días del mes de noviembre del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

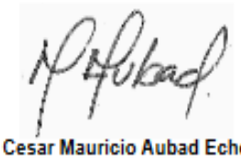
Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CURVELO ZUÑIGA INGRIS PATRICIA** identificado(a) con CC número **57.290.841** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de octubre de 2009 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 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 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

2023122210311

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos																Sexo			
INGRIS PATRICIA CURVELO ZUÑIGA																M		F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	57290841	Santa Marta	16/01/2001

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	amilia	Rural	Urbano
	x		x				x		2	x				x

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
1	12	1980	Santa Marta	Mz Q casa 9 Urb Asocom	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
brendagranados0509@gmail.com	3244113429	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	Auxiliar de Enfermeria

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra. 14 #23-42	Santa Marta	alcazares	6054365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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):

I Ingrid Curvelo

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento