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**, **SANDRA LUCIA HINE PINO**, Identificado con Cédula No. **57428761** y Profesión **AUXILIAR DE ENFERMERIA** **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	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 **57.428.761**

HINE PINO
APELLIDOS

SANDRA LUCIA
NOMBRES



Sandra Lucia Hine Pino
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAY-1969**
GAMARRA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-OCT-1989 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00589999-F-0057428761-20140618 0039047010A 1 41875062

Escaneado con CamScanner

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar Registro

Ha buscado el número de identificación: **57428761**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57428761	HINE	PINO	SANDRA	LUCÍA	15/09/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) SANDRA LUCIA HINE PINO identificado con C.C./C.E./P.P No. 57428761 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 SANDRA LUCIA HINE PINO

Cédula 57428761

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

aumentar el contraste

UTC -5 16:42:22
SANDRA LUCIA HINE...

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

Datos del usuario guardados

editar

información del usuario



Género	Mujer
Carga	
título	Sra.
Nombre	SANDRA LUCÍA
Apellidos	HINE PINO
Fecha de nacimiento	05/08/1969 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	SANDRA LUCÍA HINE PINO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
numero de documento	57428761
direccion	
codigo postal	
Estrato	1
Ubicación	santamarta
pais	COLOMBIA

Santa Marta, Diciembre de 2023

DOCTOR

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

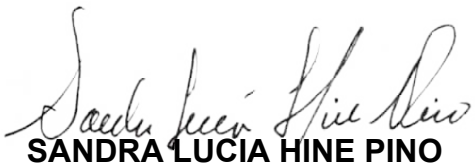
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, le solicito a usted me permita ingresar a prestar mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA del hospital, teniendo en cuenta mis iniciativas y habilidades, siendo una persona con la preparación, conciencia y responsabilidad destinada a cumplir una función humanística y social cumpliendo a cabalidad las indicaciones y funciones asignadas por mis superiores, con completa adaptabilidad en ambientes de trabajos y en equipos.

Sin otro motivo en particular, me despido agradeciendo su atención prestada.

Atentamente,



SANDRA LUCIA HINE PINO

CC. 57.428.761 de Santa Marta

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14951557870

(415)7707212489984(8020) 000001495155787 0

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

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
HINE	PINO	SANDRA	LUCIA

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: CR 9 A 4 20

42. Correo electrónico: sandrahine2328@gmail.com

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

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 9	2 0 2 3 0 9 2 7						3 2 2 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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 27 / 15 : 14: 45

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 ARIAS GRANADILLO DANIEL ANTONIO

985. Cargo Gestor II

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
Hine	Pino	Sandra Lucia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57428761	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 08 MES 05 AÑO 1969

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

- LOS FAROLES

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3218160506 EMAIL sandrahine2328@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1988
										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	4	X		ENFERMERIA	08	2001	

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	21	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL				*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SALUDCOOP SANTA MARTA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	06	*Mes*	05	*Año*	2014	*Día*	13	*Mes*	12	*Año* 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA				*DIRECCIÓN* - 24 107 AV LIBERTADOR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7957155	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	06	*Mes*	05	*Año*	2014	*Día*	13	*Mes*	12	*Año* 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL A. DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA				*DIRECCIÓN* - 93 95 AUTOPISTA NORTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GESTION ADMINISTRATIVA IAC - CORPORACION IPS SALUDCOOP			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3171820	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2008	*Día*	18	*Mes*	12	*Año* 2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA				*DIRECCIÓN* - BOGOTA						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER-FOSCAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER		*MUNICIPIO* BUCARAMANGA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*				*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2006	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL A. DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AUX. DE ENFERMERIA				*DIRECCIÓN* CALLE 155A - 23 09					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	14	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	4

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

Aprobado por Resolución 0808 del 30 de julio de 2020 · ICFES 040881 · DANE 347001001914 · NIT 890201334-7 · Certificado ICONTEC e IQNET SC5034-1

0702021

Santa Marta, 20 de mayo de 2021

LA RECTORA DEL INSTITUTO LA MILAGROSA

HACE CONSTAR:

Que SANDRA LUCIA HINE PINO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 57.428.761 de Santa Marta, cursó y aprobó el Undécimo Grado de Educación Media Técnica en al año 1988.

Igualmente se certifica que recibió el Título de BACHILLER COMERCIAL según el Acta General de Grado No. 4 del 25 de noviembre de 1988. Anotado en el Libro Interno de Registro 01 folio 11.

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada.

HNA. MARIA VIRGINIA GONZÁLEZ PEÑA
Rectora

Transcriptor: Mayolis Arrieta Dávila

TIMDO

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACION DEL VALLE DEL CAUCA

Instituto De Técnicas Integrado Multiples del Occidente

Resolución No. 0166 del 16 de Febrero/2000

Confiere el Certificado de:

Tecnico en

Auxiliar de Enfermeria

A:

Sandra Lucia Nine Pino

c.c. 57.428.761 de Santa Marta

Quien, Cursó y Aprobo satisfactoriamente sus estudios reglamentaric

Santiago de Cali, Agosto 11 de 2001

Director General

Director Académico

Gobernación del Valle del Cauca

Anotado al folio _____ Registro No. ____

Secretaría Ed...

FOLIO No 015

INSTITUTO DE TÉCNICAS INTEGRADAS MÚLTIPLES DEL OCCIDENTE

T. I. M. D. O.

ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 002

En la ciudad de Santiago de Cali, a las 4:00 p.m. del día 11 del mes de Agosto del ano 2001 en el Teatro Jorge Isaac, se llevó a cabo el acto de certificación, presidido por el Licenciado ALFONSO ROJAS, el señor JULIAN E. IDROBO G., el Dr JORGE ENRIQUE MARTINEZ, por el cual el **INSTITUTO DE TÉCNICAS INTEGRADAS MÚLTIPLES DEL OCCIDENTE, LTDA.**, debidamente autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según resolución 0466 de Febrero 16 del 2000 expedida por la Secretaría de Educación del Valle del Cauca y concepto favorable del Ministerio de Salud Nacional, según Acuerdo 37 de Diciembre 17 de 1999 del Concejo Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud; otorga el Certificado de Tecnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A:

SANDRA LUCIA HINE PINO

(Nombres y Apellidos)

identificada(o) con C.C. No. 57.428.761 de SANTA MARTA, quien cumplió con los requisitos académicos, por lo establecido en la Ley 115 de diciembre 14 de 1993 (Ley General de la Educación) el Decreto 0114 de 1996.

En fé de lo anterior se firma la presente acta de entrega de Certificados en la ciudad de Santiago Cali, a los (11) días del mes de Agosto del año dos mil uno (2001).

Firmado

TIMDO Instituto de Técnicas Integradas Multiples del Occidente Ltda.
Director General

JULIAN E. IDROBO G.
Director General

ANA LUCIA CRUZ
Secretaria Academica

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

RESOLUCION No. 76-1668

14 AGO. 2001

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio de una Aptitud Ocupacional.

EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE VIGILANCIA Y CONTROL de la Secretaria Departamental de Salud del Valle, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto 1875 del 03 de agosto de 1994, la resolución No. 838 del 15 de mayo del 2000 y,

CONSIDERANDO

Que SANDRA LUCIA HINE PINO Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.57.428.761 de Santa Marta- – (M), ha solicitado el registro de su Certificado de TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL Instituto de Técnicas Integradas Múltiples del Occidente - TIMDO, el 11 de agosto de 2001

En consideración éste Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO Registrar y Autorizar a SANDRA LUCIA HINE PINO Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.57.428.761 de Santa Marta- – (M), para desempeñarse como TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA , en todo el Territorio nacional

ARTICULO SEGUNDO Esta Resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

JOSE MARIA MATERON MUÑOZ
Profesional Especializado Vigilancia y Control.

GENCIA DE AUTENTIC
TARIO TERCERO DEL CIR
HACE CONSTAR

LA ASOCIACIÓN COLO... SEGURIDAD INDUSTRIAL

le expide la siguiente certificación por haber cumplido satisfactoriamente con el curso teórico - práctico de

CÓDIGO GRIS

MANEJO INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

A

SANDRA LUCIA HINE PINO

C.C. 57.428.761

...ien cumplió satisfactoriamente con la temática y práctica del curso.
... en la ciudad de **Santa Marta los días 29 y 30 de Agosto de 2019**,
con una intensidad horaria de 40 horas.
...o cumple con lo establecido en la Res 2003 del 2014, y lo exigido en
la ley 1146 del 2007 y Res 0459.

ACESS

Javier Alfaro Roa
Director Acess

Regina Ortega
Psicóloga

Alfredo Bolívar Tavera
Médico Perito

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SANDRA LUCIA HINE PINO

Con Cedula de Ciudadania No. 57428761

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO.

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Marta. a los doce (12) dias del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por



JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
Subdirector (E)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

80137760 - 12/12/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9529002453978CC57428761C.

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

SANDRA LUCIA HINE PINO

C.C. 57.428.761

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"DIPLOMADO EN UCI ADULTO"

"APOYO VITAL DEL PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 15 DE DICIEMBRE DE 2021
DURACIÓN 120 HORAS.
TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, ABORDAJE DEL PACIENTE CRITICO, URGENCIAS, MANEJO DE LA VIA AEREA DIFICIL, GASOMETRIA ARTERIAL, FISIOLOGÍA CARDIOVASCULAR, SDRA, EPOC, SHOCK MITOCONDRIAL.
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 3100/2019/2014. **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION DICIEMBRE 2023

KAREN LOBO NARVAEZ.
DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
LINEA NACIONAL: 310 7451759

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

SANDRA LUCIA HINE PINO

C.C. 57.428.761

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"GESTIÓN DEL DUELO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 15 DE DICIEMBRE DEL 2021
DURACIÓN 08 HORAS

TEMARIO: ROL DEL PROFESIONAL EN LOS PROCESOS DE NEGACION Y ACEPTACIÓN EN EL PACIENTE. EL DUELO EN SITUACIONES ESPECIALES, DUELO ANTICIPATORIO DUELO POR SUICIDO, DUELO POR MUERTE TRAUMATICA, DUELO POR DESAPARICIÓN, DUELO POR MUERTE PERINATAL RESOLUCIÓN 3100/2019.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

KAREN LOBO NARVAEZ.
DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
LINEA NACIONAL: 310 7451759

DRÁ. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

FECHA DE RENOVACION DICIEMBRE 2023

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

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

Sandra Lucia Hine Pino

CC 57428761 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: 2023-05-23
Fecha de vencimiento: 2025-05-23

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

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 24/May/2021, **Hora:** 09:29:41 a.m
Apellido: Hine Pinto
Nombre: Sandra Lucia
Nro Identidad: 57428761
HC: # 63633
Edad: 52 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 08/May/1969
Rh: O+
Tipo Doc: CC
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Cra 9a N 4-20 Pescaito
Telefono: **Celular:** 3218160506 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: ::: No Aplica :::
Peso: 58 Kg **Estatura:** 160 Cm **IMC:** 22.6 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Defini
EPS: Saludtotal **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
nduccion Al Sitio De Trabajo
stilo De Vida Saludable
tilizar Epp Para Labor Que Desempeña
ealizar Pausa Activas
so De Tapabocas Permanente

ras. Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19.

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Sandra Lucia Hine Pinto
CC 57428761

CLÍNICA FOSCAL
ESPERANZA DE VIDA

Floridablanca, 26 de mayo de 2021

LA JEFATURA DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO
FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER
NIT: 890205361-4

CERTIFICA:

Que, **SANDRA LUCIA HINE PINO,** identificada con Cedula de Ciudadanía No**.57428761,** laboró en la institución, desde el **01 de diciembre de 2006** hasta el **30 de noviembre de 2007 e**n el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA.**

Se expide a solicitud de la interesada.

Cordialmente,

ANGELA P. SUAREZ LOPERA

Realiza: Stefany L

esimed

NIT 800.215.908-8

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT.800.215.908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) **SANDRA LUCIA HINE PINO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No **57.428.761**, laboró en la empresa **ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED) S.A.** desde el **6 de mayo de 2014** hasta el día **13 de diciembre de 2017** con contrato de trabajo a término **Indefinido,** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., el **05 de Enero de 2018**.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext: 6519 – 6520

LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.
Subdirectora Nacional de Talento Humano

COSTA ATLANTICA

Elaboró: Jessica Meliza Bustacara Auxiliar de Nómina

GESTION Administrativa IAC
NIT 900.218.782-3

IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA
OUTSOURCING DE INFORMACIÓN RECURSOS HUMANOS PARA

CORPORACION IPS SALUDCOOP
NIT.: 830106376

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) **SANDRA LUCIA HINE PINO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **57.428.761**, labora en la empresa **CORPORACION IPS SALUDCOOP** desde el día **21 de enero de 2008**, con contrato de trabajo a término Indefinido. En la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial mensual de **Setecientos ochenta y un mil setecientos ******* Pesos M\cte ($ 781.700,00)** y una asignación mensual no salarial de **Cero de ******* ($ 0,00) Pesos M\cte**.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 18 días del mes de diciembre de 2013.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra linea de atencion número (091) 3171820 Ext. 351/352, citando el consecutivo -1.

Nota: Señor(a) trabajador(a) si Usted ha sido cesionado(a) tenga en cuenta por favor que las fechas consignadas en el presente documento deben entenderse atadas a los vínculos laborales que suscribió con cada uno de los empleadores.

LUZ DARY CAICEDO SANCHEZ
Directora Nacional de Recursos Humanos
IAC Gestión Administrativa
Nota: Firma escaneada valida solo para certificación laboral portal de consulta electrónica (Mayo 8 2013)

La Institución Auxiliar del Cooperativismo Gestión Administrativa advierte que el presente documento fue extraído directamente por sistema mediante la utilización del usuario personal e intransferible asignado para tal fin al trabajador. Por consiguiente, ni la Empresa ni el titular que la suscribe se hace responsable por los usos inapropiados o diversos que se hagan del mismo.

NOTA: Firma válida únicamente para certificaciones vía WEB

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 57428761 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 11/12/2023 06:26 AM

Código Verificación: **SLR8ZPNCVB**

Válida hasta: **10/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Más de medio siglo de labor humanitaria

Vacúnate mejor
Vacúnate seguro
Hacemos la diferencia

Cra. 5 No. 25-27 Santa Marta
Tel.: 431 9537 Ext. 112 Cel: 310 671 6608
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org

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

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Más de medio siglo de labor humanitaria

Nombres: Sandra Lucia

Apellidos: Hine Pino

Documento de Identidad: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] PASAPORTE [ ]
57.428.761

Fecha de Nacimiento: Día 08 Mes 05 Año 1969

DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
1			
1			
2			
3			
4			
5			

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Hepatitis B	1	11-05-2021	UFX20003	Paola Polo
	2	11-06-2021		
	3			
Virus Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Influenza	1	11-05-2021	AFLBA546A	Paola Polo

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10-06-2021	Pfizer	EY 0574	Nueva EPS	MARGORIS	1082868213
	2	27 08 2021	PFIZER	FG 3595	Nueva EPS	Bertha Jimenez	37295068

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Sandra Lucia

Apellidos: Hine Pino

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 57428761

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 05 Año 1969

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-17 13:35

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SANDRA	LUCIA	HINE	PINO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57428761

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$19.500.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$19.500.000,00

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:

Bogotá, Diciembre / 11 de 2023

Señor (a): SANDRA LUCIA HINE PINO
CC. 57428761
CR 9 A 4 20
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 1 de 2021, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

SANDRA LUCIA HINE PINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.428.761**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

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	Unidad Cuidado Critico	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
Sandra Lucia Hinc Pino	M: F: X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E T.I R.C PP	57.428.761	Santa Marta	11-10-1989

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					X		

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
8 5 1969	Gamarra (Cesar)	cra 9a #4-20 Pescaito	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Sandra.hine2328@gmail.com	3218160506	3218160506

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

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

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra. 14 # 23-42	Santa Marta	Alcazares	4364262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 1800000	Total Egresos mensuales	$900000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	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 Manejo recursos Públicos ni gozo de reconocimiento Público

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO soy una Persona Politicamente expuesta

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

de mis Ingresos como Auxiliar de enfermeria

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:
Como contratista Auxiliar de enfermeria 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

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento