HJMB
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ULTIMA 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, Wisa Fernando Perez Muñoz, Identificado con Cédula No. 1007034484 y Profesión Enfermero. 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://sjll.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)	✓	

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.007.934.484
PARDO MUÑOZ
APELLIDOS
LUISA FERNANDA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-2000
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
27-ABR-2018 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ÍNDICE DERECHO
P-2100150-01005593-F-1007934484-20180510
0061157164A 1
50902825

Ingrese el número de identi cación

Veri car Registro

Ha buscado el número de identi cación: 1007934484

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1007934484	PARDO	MUÑOZ	LUISA	FERNANDA	2023-08-02, 21:20

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

6:26

Listo

secop.gov.co

AA

UTC -5 18:26:05

ar por proces Menú

Buscar...

→ Configuraciones de Perfil

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

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Titulo	
Nombre	Luisa Fernanda
Apellidos	Pardo Muñoz
Fecha de Nacimiento	24/03/2000 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido	Luisa Fernanda Pardo Muñoz
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
Pais	COLOMBIA
Correo electrónico	pardoluisa51@gmail.com
Teléfono	
Celular	3054250701
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Powered by CamScanner

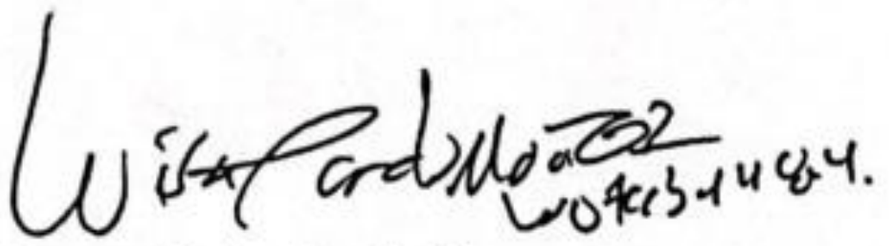
Santa Marta/ Magdalena, ENERO DEL 2024

Dr German Vargas Mosquera

Gerente del hospital

La presente es para informar que yo LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ, identificada con el número de cédula 1007934484, me pongo a la entera disposición del hospital para prestar mis servicios como enfermera, velar por la integridad y salud de los paciente, a su vez dejarle en claro a los usuarios que nuestra prioridad es su bienestar.

Atentamente,



Luisa Fernanda Pardo Muñoz

C.C 1007934484

Direccion: Manzana 14 casa 9 luz del mundo

Email: Pardoluisa51@gmail.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14929091316

(415)7707212489984(8020) **000001492909131 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 7 9 3 4 4 8 4	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 7 9 3 4 4 8 4	2 0 1 8 0 4 2 7

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
PARDO	MUÑOZ	LUISA	FERNANDA

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: MZ 14 Sur # 9 BRR luz del mundo

42. Correo electrónico: pardoluisa51@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 8 1	2 0 2 3 0 7 2 4					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 07 - 24 / 19 : 02: 06

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre PARDO MUÑOZ LUISA FERNANDA
985. Cargo Contribuyente

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
Pardo	Muñoz	Luisa Fernanda Pardo Muñoz

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1007934484	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 03 AÑO 2000

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

DIAGONAL 14 SUR 9 9 manzana 14 casa 9 luz del mundo

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3054250701 EMAIL Pardoluisa51@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	2017

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	9	X		ENFERMERIA	06	2023	56854

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 3054250701	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ENFERMERA JEFE						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 SUR					

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	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	3

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

SS

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI — NO X — ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACION 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 DEL 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

República de Colombia,

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre,

LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Personería Jurídica - Resolución 831 del 3 de diciembre de 1974

En atención a que

LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ

C.C. N° 1.007.934.484

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, en testimonio de ello le otorga el título de

ENFERMERA

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Marta, a los 30 días del mes de Junio de 2023

Acta 1163 en el folio 47 del libro 80 registro N° 67668

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

cVMW*Pm4o20!

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Acreditación Institucional de Alta Calidad
Resolución N° 010288 04 junio 2021 de MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO N° 1163

En Santa Marta D.T.C.H., siendo las 8:00 a.m. del día 30 del mes de juni de 2023, se realizó la graduación en ceremonia colectiva, presidida por e **CONSEJO ACADÉMICO** de la Universidad del Magdalena, otorgando a:

LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ
C.C. N° 1.007.934.484

El título de **ENFERMERA,** por haber cumplido todos los requisitos exigido por la **UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** para tal efecto.

Se tomó juramento de rigor a **LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ**, y s hizo entrega del diploma que la acredita como **ENFERMERA** .

En constancia se extiende y firma la presente acta:

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

cVMW*Pm4o20!

Registro N° 67668 en el folio 47 del libro 80 de Diplomas

Powered by CamScanner

República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa Divina Pastora

Riohacha - La Guajira

Aprobada por la Secretaría de Educación Departamental de La Guajira
según Resolución No. 019 del 16 de Febrero de 2001

Confiere a:

LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ

Identificado (a) con C.C. ó T.I. No. 1.007.934.484 DE RIOHACHA

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes del
Proyecto Educativo Institucional

Rectora

Secretaria General

Dado en Riohacha, a los 07 días del mes de Diciembre del año 2017

Anotado al Folio No. 230 Libro de Registro No. 003

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedida por MEN

Powered by CamScanner

Institución Educativa Divina Pastora

Dane 344001000404

Riohacha La Guajira

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Riohacha, Departamento de La Guajira, a los **7** días del mes de **DICIEMBRE** del año **2017**, se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por la Licenciada **MARIA BERENICE GAVIRIA SANCHEZ**, en su calidad de Rectora de la Institución y **LORENA YANET MORAN CUADRO**, Secretaria General, en el cual la Institución Educativa Divina Pastora confirió el título de:

Bachiller Académico

A:

LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ
Identificado (a) con C.C. ó T.I. 1.007.934.484 DE RIOHACHA

Quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que le acredita como tal.

Esta Institución está aprobada hasta el nivel de Educación Media Vocacional por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el titulo de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución Número 019 del 16 de febrero de 2001.

Es fiel copia del Acta General No. **131** de fecha **7 de Diciembre** del año **2017**, Folio No. **227**, Libro No. **003** que consta de **213** graduados.

Expedida en Riohacha, a los **07** días del mes de **Diciembre** del año **2017.**

Se firma sin borrones ni enmendaduras.

Lic. MARIA BERENICE GAVIRIA SANCHEZ
Rectora
C.C. No. 43.479.528 de Venecia Antioquia

LORENA YANET MORAN CUADRO
Secretaria(a)
C.C. No. 40.935.524 de Riohacha

No requiere registro, según Decreto No. 921 de 1994, expedido por el M.E.N.

Powered by CamScanner

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.007.934.484, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los siete (07) días del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

56854

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ

C.C. 1.007.934.484

Universidad Del Magdalena

Santa Marta

Fecha de Expedición Diploma: **30/06/2023**

Fecha de Inscripción en Rethus: **24/07/2023**

Powered by CamScanner

Doctora
DIANA CELEDON
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
Santa Marta

Yo **LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ,** identificada con C.C. No. 1.007.934.484 de Santa Marta Magdalena Por medio del presente hago entrega de la documentación correspondiente para el trámite de mi Certificacion y Rethus como Enfermera de LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA.

Atentamente,

LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ
C.C. No. 1.007.934.484 de Santa Marta Magdalena
Direccion: Manz. 14 Casa 9 Luz del Mundo Santa Marta
Correo: pardoluisa51@gmail.com
Cel: 305 4250701
Soltera

Gobernación del Magdalena
R-2023-017949
8/3/2023 9:48:26 AM - Folios: 5 -Anexos: 0 - TipoAnexos: USB
1016/DSS/DESPACHO SECRETARÍA DE SALUD
RESOLUCION

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Cambiar

1642

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-11--5:30:53 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1007934484	LUISA	FERNANDA	PARDO	MUÑOZ	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) LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ identificado(a) con CC 1007934484 registra La siguiente información:

2023-12-11--5:30:53 PM

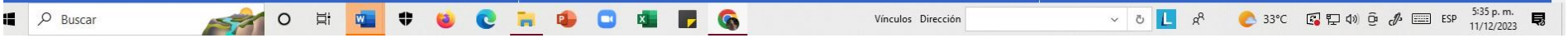
Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2023-07-24	1007934484	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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




ACESS
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Otorga el presente certificado a
LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ
C.C. 1.007.934.484
por haber asistido y aprobado el curso:
Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género.
Realizado del 6 al 10 de Julio del 2023,
con una intensidad horaria de 40 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019, y lo exigido en la ley 1146 del 2007 y Res. 0459
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.
Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS
Regina Ortega Gual
PSICÓLOGA
Alfredo Bolívar Tavera
MÉDICO PERITO
318 5954676 / 420 8583
info@acess.com.co


ACESS
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Otorga el presente certificado a
LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ
C.C. 1.007.934.484
por haber asistido y aprobado el curso:
REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)
BAJO LINEAMIENTOS GUIA AHA - SOPORTE VITAL BASICO (BLS)
Realizado del 13 al 15 de Julio de 2023,
Con una intensidad de 20 horas.
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la American Heart Association 2020
Organismo que establece los parámetros de reanimación.
El curso sigue lineamientos de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8
Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS
318 5954676 / 420 8583
info@acess.com.co
www.acess.com.co


ACES
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Otorga el presente certificado a
LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ
C.C. 1.007.934.484
por haber asistido y aprobado el curso:
REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)
BAJO LINEAMIENTOS GUIA AHA - SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)
Realizado del 13 al 15 de Julio de 2023,
Con una intensidad de 48 horas.
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la American Heart Association 2020
Organismo que establece los parámetros de reanimación.
El curso sigue lineamientos de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8
Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS
318 5954676 / 420 8583
info@acess.com.co
www.acess.com.co


ACESS
Otorga el presente certificado a
LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ
C.C. 1.007.934.484
por haber asistido y aprobado el curso:
HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y
Gestión del Duelo
Realizado del 16 al 18 de Julio del 2023,
con una intensidad horaria de 60 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.
Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
318 5954676 / 420 8583
info@acess.com.co
www.acess.com.co


ACESS
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Otorga el presente certificado a
LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ
C.C. 1.007.934.484
Por haber asistido y aprobado el curso:
HAZMAT MEDICO
ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472
Realizado del 19 al 21 de Julio de 2023,
con una intensidad de 40 horas.
El curso cumple con lo exigido en la Res. 3100 de 2019, bajo estándares internacionales NFPA 472.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8
Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA
info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 25/07/2023

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ
Identificación: CC: 1007934484
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: ENFERMERA
Fecha nacimiento: 24/03/2000
Edad: 23
Genero: Femenino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Santa marta,
Nº hijos: 0
ARL:
EPS: Sanidad Policia
AFP:

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

Destinatario: Empleado **Permanente:** No **Fecha inicial:**
Fecha final: **Duración:**
Recomendación:
HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

Powered by CamScanner

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 1007934484 **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 02/12/2023 10:46 AM

Código Verificación: **BQ4L9312CF**

Válida hasta: **01/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	28/02/13	300015001	
Fiebre Amarilla	Única	26/9/19	P3L461V	
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	28/02/13	0241 3NO70	
	2	01/4/13	024B005B	
	3	25/9/19	15 01517810	
	4	17/02/20	2338X004A0	
	5	16/1/21	2338X 0005A	
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	20/9/19	0348X008 8REC	
	2	17/02/20	0348X008 8REC	
	3	16/01/21	0348X008 8REC	
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	16/01/21	U502200	
Otras				

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luisa Fernanda

Apellidos: Pardo Jimenez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1007934484

Fecha de nacimiento: Día 24 Mes 03 Año 2000

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	INGRESO	Fecha de publicación	2023-08-01 14:04

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUISA	FERNANDA	PARDO	MUÑOZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1007934484

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/Curaduría/ 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:

CONCEP I´O	VALOR
Salaíios y demás ingíesos laboíales	$0,00
Cesantías e inteíeses de cesantías	$0,00
Gastos de íepíesentación	$0,00
Aííiendos	$0,00
Honoíaíios	$0,00
Otíos ingíesos y íentas	$0,00
I´OI´AL	$0,00

Las cuentas bancaíias de las que soy titulaí en Colombia y en el exteíioí son:

I´ipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembíe 31 del año inmediatamente anteíioí

Mis bienes patíimoniales son los siguientes:

I´ipo de bien	País	Depaítamento	Municipio	Valoí

Mis acíeencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PAR I´ICIPACIÓN EN JUN I´AS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

I´engo paíticipación en juntas, consejos o diíectivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad paíticipo como miembío de las siguientes Juntas o Consejos Diíectivos:

Nombíe entidad o institución	Óigano	Calidad de miembío	País

I´engo paíticipación en coípoíaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombíe coípoíación, sociedad o asociación	I´ipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS AC I´IVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁC I´ER PRIVADO

I´engo actividades económicas píivadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de caíácteí píivado, adicionales a las declaíadas anteíioímente, que he venido desaíiollando de foíma ocasional o peímanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Foíma paíticipación

2. CONFLIC I´OS DE IN I´ERÉS

De acueído con lo consagíado en la Ley 2013 de 2019, a continuación píocedo a publicaí y divulgaí píoactivamente el íegistío de la infoímación que puede seí susceptible de geneíaíme un conflicto de inteíés, así como aquella íelacionada con los inteíeses de mi cónyuge o compañeío(a) peímanente, paíientes y socios de hecho o de deíecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANEN I´E

I´engo cónyuge o compañeío(a) peímanente: Sí [ ] No [X]

Los inteíeses peísonales de mi cónyuge o compañeío o compañeía peímanente son susceptibles de geneíaí una posible situación de conflicto de inteíés fíente a la laboí o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Píimeí nombíe	Segundo nombíe	Píimeí apellido	Segundo apellido

I´ipo documento | | Númeío | |

Descíipción del potencial conflicto de inteíés con su cónyuge o compañeío(a) peímanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIEN❙´ES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

❙´engo paíientes hasta el cuaíto gíado de consanguinidad, segundo de afinidad o píimeío civil con Inteíeses peísonales que son susceptibles de geneíaí una posible situación de conflicto de inteíés fíente a la laboí o actividad que desempeño:

Sí [ ] No [X]

A continuación píesento la infoímación de los paíientes hasta el cuaíto gíado de consanguinidad, segundo de afinidad y píimeío civil que son susceptibles de geneíaí conflicto de inteíés fíente a la laboí o actividad que desempeño.

De acueído con la Ley 2003 de 2019, los congíesistas deben íegistíaí sus paíientes hasta el segundo gíado de consanguinidad, segundo de afinidad y píimeío civil si son susceptibles de geneíaí conflicto de inteíés fíente a la laboí o actividad que desempeñan.

Paíentesco	Paíiente	❙´ipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descíipción del potencial conflicto de inteíés

2.3. IN❙´ERÉS DIREC❙´O O AC❙´UACIONES DEN❙´RO DEL AÑO AN❙´ERIOR

❙´uve inteíeses diíectos o actué como íepíesentante, asesoí, píesidente, geíente, diíectoí, miembío de junta diíectiva o socio de gíemio, sindicato, sociedad, asociación, gíupo social u oíganización con ánimo o sin ánimo de lucío y esto puede influií en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi caígo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentío del año anteíioí tuve inteíés diíecto o actué como íepíesentante, asesoí, píesidente, geíente, diíectoí, miembío de junta diíectiva o socio de gíemio, sindicato, sociedad, asociación, gíupo social u oíganización con ánimo o sin ánimo de lucío (nacional o extíanjeía), y a continuación descíibo cómo puede influií en las decisiones y acciones de mi caígo actual:

2.4. O❙´RAS INVERSIONES

❙´engo fideicomisos en Colombia o en el exteíioí: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encaígos fiduciaíios de los cuales soy constituyente o beneficiaíio en Colombia y en el exteíioí son:

Nombíe del fideicomiso o encaígo fiduciaíio	Calidad	Valoí	País

I´engo inveísiones en Colombia o en el exteíioí: Sí [ ] No [X]

Las inveísiones en bonos, fondos de inveísión, fondos de ahoíío voluntaíio y otías que tengo en Colombia y en el exteíioí son:

I´ipo de inveísión	Valoí	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESEN I´ARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE REN I´A

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me íepíesentaíon íeducciones en la declaíación de íenta del último año gíavable son:

Nombíe entidad	Valoí

2.6. PO I´ENCIALES CONFLIC I´OS DE IN I´ERÉS

I´engo potenciales conflictos peísonales de inteíés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de inteíés pueden geneíaíse a paítií de, poí ejemplo:
> Actividades y negocios que íealiza o tiene con socio o socios de hecho o de deíecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o contíoveísia ante autoíidades administíativas o juíisdiccionales.
> Habeí hecho paíte de listas de candidatos a cueípos colegiados de elección populaí.

Los potenciales conflictos peísonales de inteíés que tengo son:

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1007934484** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1007934484
NOMBRES Y APELLIDOS	LUISA FERNANDA PARDO MUÑOZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	09/08/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	12
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	12
EMPLEADOR(ES)	CC 1007934484 LUISA PARDO DESDE 09/08/2023

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **01/12/2023**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PARDO MUÑOZ LUISA FERNANDA** identificado(a) con **CC** número **1.007.934.484** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de julio de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 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

2023120110101

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
santa marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Luisa Fernanda Pardo Muñoz									Sexo			
									M	x	F	

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP		1007934484	Santa marta	27/04/2018

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Univeraidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
x								x	0	x				x

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
24	3	2000	santa marta	manzana 14 casa 9	santa marta	magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
pardoluisa51@gmail.com	3054250701	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		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

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

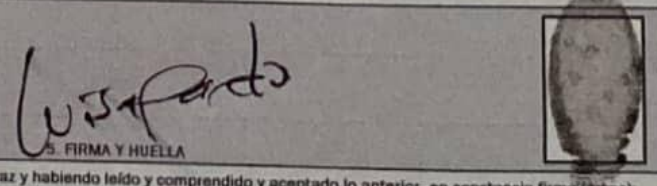
Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	x
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?							
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 licitas 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 representa 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):

Powered by CamScanner