HUJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJCF VERSION: 06 FECHA DEL 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 Paola Andrea Flores Zeluaga, identificado con Cédula No. 1082851622 y Profesión Auxiliar de enfermería AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Paola Flores Zeluaga

	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/gestioninstitucional/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 Título (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 el sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	✓	
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/	✓	

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

Ingrese numero de Identificación

Verificar Registros

Usted buscado el número de identificación: 1082851677

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082851677	FLOREZ	ZULUAGA	PAOLA	ANDREA	2023-05-12, 5:20 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1082851677	FLOREZ	ZULUAGA	PAOLA	ANDREA	2023-05-08, 2:16 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1082851677	FLOREZ	ZULUAGA	PAOLA	ANDREA	2023-05-12, 5:02 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
4	1082851677	FLOREZ	ZULUAGA	PAOLA	ANDREA	2023-12-05, 5:45 pm

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

El (la) suscrito(a) Paolo Andres Flores Zuluaga identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082851677 expedida en _____, 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 6 del mes de Diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre Paolo Andres Flores Zuluaga.
Cédula 1082851677

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

Aunciar al contacto | UTC -5 2:13:21 | PAOLA ANDREA FLOR...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | ir un

Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de perfil**

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

Ed

Información del usuario



Género	Mujer
Carga	AUXILIAR DE ENFERMERIA
titulo	Sra.
nombre	PAOLA ANDREA
Apellidos	FLOREZ ZULUAGA
Fecha de nacimiento	09/03/1986 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
nombre y apellido	PAOLA ANDREA FLÓREZ ZULUAGA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1,082,851,677
dirección	MANZANA D1 CASA 3 CONCEPCION II
codigo postal	57
estrato	2
Ubicación	santa marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	FLOREZPAOLA32@GMAIL.COM
Teléfono	311888230
celular	3118881230
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

configuración

zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
configuracion regional	Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
respuesta	3118881230
SMS para recuperar la contraseña	3118881230

Ed

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SANATA MARTA

DOCTOR
GERMAN GAVIRIA VARGAS
GERENTE
HOSPITAL UNIVEERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
L. C.

Cordial saludos

Por medio d ela prensente **yo PAOLA ANDREA FLOREZ ZULUAGA** identificada con cedula de ciudadania n° 1082851677 expedida en santa marta magdalena de profesion AUXILIAR DE ENFERMERIA me permito presentar austed mi solicitud a su respetada institucion donde ofrezco mis servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Presento mi experiencia en el Transcurso de mi carrera , espero reunir las condiciones para tal cargo dentro de esta prestigiosa institucion.

Atentamente,

PAOLA ANDREA FLOREZ ZULUAGA
CC. 1082851677 expedida en santa marta (MAGDALENA)
AUXILAIR DE ENFERMERIA.
CORREO: FLOREZPAOLA32@GMAIL.COM

CEL: 3118881230

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14882845531

(415)7707212489984(8020) 000001488284553 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 8 5 1 6 7 7	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 8 2 8 5 1 6 7 7	1 9 8 6 0 9 0 3

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
FLOREZ	ZULUAGA	PAOLA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 12 5 44 BRR PESCADITO

42. Correo electrónico florezpaola32@gmail.com

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

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 1 0	2 0 1 5 0 9 2 6							

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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 12 - 13 / 12 : 07: 24

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 FLOREZ ZULUAGA PAOLA ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 04-12-2023 11:17:46AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN VALIDEZ

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Florez	Zuluaga	Paola Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1082851677

SEXO: F ⊗ M ○

NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 03 MES 09 AÑO 1986

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: ATLÁNTICO

MUNICIPIO: BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 18L - manzana I casa 18 cantilito

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: florezpaola32@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2011

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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	FUNDACION NUESTRA SEÑOA DE LA ESPERANZA	EDUCACION INFORMAL	SOPORTE VITAL AVANZADO RCP (ACLS)	05	2023
	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACION INFORMAL	SOPORTE VITAL BASICO "BLS"	05	2023
PRESENCIAL	ASOCIACION COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL	EDUCACION INFORMAL	ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS Y EXPOSICION A SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472	01	2022
PRESENCIAL	ASOCIACION COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL	EDUCACION INFORMAL	ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO	11	2021
PRESENCIAL	GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS	EDUCACION INFORMAL	DIPLOMADO UCI PEDRIATRICO NEONATAL; UCI ADULTO	08	2021

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS	EDUCACIÓN INFORMAL	GESTIÓN DEL DUELO	08	2021
PRESENCIAL	CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA SS "ASMEMAG"	EDUCACIÓN INFORMAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	09	2015

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	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					
	Día	20	Mes	12	Año	2021	Día		Mes		Año	
3012059138												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXIIAR AREA DE SALUD	APOYO EN AUXILIAR DE ENFERMERI	- calle 23 carrera 14 esquina

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA BENEDICTO S. A		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	20	Mes	10	Año	2020	Día	02	Mes	08	Año	2021
4236207												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR ENFEREMERA	APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA	CALLE 23 - 14 46

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CASALUD IPS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	03	Mes	07	Año	2019	Día	30	Mes	12	Año	2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AAUXIIAR DE ENFERMERIA	APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA	CARRERA 18 - 21 23

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	12	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	18	*Mes*	10	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* HEMODINAMIA - UCI ADULTO					*DIRECCIÓN* CALLE 23 - 14 42					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	9

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 X 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 Tunja Marzo Día /2023

Paola Flores

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

CORPORACIÓN EDUCATIVA OCUPACIONAL TÉCNICA EMPRESARIAL SISTEMATIZADO

CEOTES

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 782 del 14 de diciembre de 1999 y con registro de programa según resolución No. 0858 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta

TENIENDO EN CUENTA QUE:

PAOLA ANDREA FLOREZ ZULUAGA

IDENTIFICADO (A) CON CC 1.082.851.677 DE SANTA MARTA

Aprobó los estudios programados por CEOTES y Cumplió los Requisitos exigidos por los Reglamentos internos, le confiere el presente Certificado de Preparación para Validación como:

Bachiller

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita.
Dado en Santa Marta - Magdalena, a los 22 día del mes de Julio de 2011.

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 01 Registro 16 del Libro de Actas 01

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA -SS-
"ASMEMAG"

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0068 y Registro de Programa según Resolución No. 407, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0048 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A:

Paola Andrea Florez Zuluaga

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 1.082.851.677

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1716 horas.

Dado en Santa Marta a los 25 días del mes de Septiembre de 2015.

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

ASMEMAG
Corporación ASMEDAS Magdalena –SS-
Nit: 900258810-0

ACTA DE CERTIFICACION INDIVIDUAL No. 023

En la ciudad de Santa Marta, a los veinticinco (25) días del mes de Septiembre del año Dos Mil Quince (2015) se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes de los programas de AUXILIAR EN ENFERMERÍA, AUXILIAR EN SALUD ORAL Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD, el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA –SS- "ASMEMAG"**, Institución con licencia de funcionamiento según Resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010 y Registros de Programas según Resolución número 407 del 24 de Febrero de 2011 y 0501 del 30 de Marzo de 2011, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo número 0048 del 21 de Enero de 2011 y 0082 del 28 de febrero de 2011, de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Comprobado la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** al estudiante cuyos nombres, apellidos e identificación se relacionan a continuación:

PAOLA ANDREA FLOREZ ZULUAGA,

Documento de Identidad No. **1082851677.**

Es fiel copia del acta original No. 023, de fecha 25 de Septiembre del año 2015 e inicia con los apellidos y nombres de **ABELLA PALMA DANIELA ISABEL** y culmina con los apellidos y nombres de **VILLADIEGO REDONDO LINA MERCEDES.**

Firmado y sellado por **MANUEL DEL PRADO BRITO**, Director y **KATERINE GUTIERREZ DAZA**, Secretaria General.

Dado en Santa Marta D.T.C.H., a los veinticinco (25) días del mes de Septiembre del año Dos Mil Quince (2015).

Firmado y Sellado

MANUEL DEL PRADO BRITO
Director

KATERINE GUTIERREZ DAZA
Secretaria General

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 47 2972
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARÍA 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) **PAOLA ANDREA FLOREZ ZULUAGA**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,082,851,677, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL, otorgado por **LA CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA "SS" ASMEMAG**, con Acta de Certificación Individual Nº 023 del 25 de Septiembre de 2015.

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 **PAOLA ANDREA FLOREZ ZULUAGA**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,082,851,677, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, 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 Autorizó el Título 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: 06 OCT 2015

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Xiomara Veiga R.
Revisó: Fleidot De La Hoz Orozco.

Construyendo Respeto por el Magdalena
Secretariadesalud@magdalena.gov.co
Calle 23 No. 13 A 02
Teléfono: 57 54 319542

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1082851677

Primer Nombre

paola

Primer Apellido

florez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5118

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-04→11:19:47 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1082851677	PAOLA	ANDREA	FLOREZ	ZULUAGA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) PAOLA ANDREA FLOREZ ZULUAGA identificado(a) con CC 1082851677 registra La siguiente información:

2023-12-04→11:19:47 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
TCP	Local	TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-10-06	2972	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).

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Paola Andrea Florez zuluaga

CC 1082851677 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2025-05-09
Fecha de vencimiento: 2025-05-09

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN MUCSTUPA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901344969-6

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

Certifica

Paola Andrea Florez zuluaga

CC 1082851677 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-05-07
Fecha de vencimiento: 2025-05-07

ING. SOLANLLY ODVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN MUCSTUPA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901344969-6

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

Certifica

Paola Andrea Florez zuluaga

CC 1082851677 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-05-11
Fecha de vencimiento: 2025-05-11

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OSANDO
Jefe de Enfermería
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Paola Andrea Florez zuluaga

CC 1082851677 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Manejo Integral en la Unidad de Cuidado Intensivos UCI Neonatal. con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-05-05
Fecha de vencimiento: 2025-05-05

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 Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Paola Andrea Florez zuluaga

CC 1082851677 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Adulto. con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-05-01
Fecha de vencimiento: 2025-05-01

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 Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Paola Andrea Florez zuluaga

CC 1082851677 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Pediátrico. con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-05-03
Fecha de vencimiento: 2025-05-03

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 Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Paola Andrea Florez zuluaga

CC 1082851677 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2025-04-29
Fecha de vencimiento: 2025-04-29

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Paola Andrea Florez zuluaga

CC 1082851677 de Santa Marta - Magdalena

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: 2023-04-27
Fecha de vencimiento: 2025-04-27

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Laboratorio Clínico

Martinez

Dra. Patricia Martínez - Dra. Daissy Martínez

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 13/09/2021

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: PAOLA ANDREA FLOREZ ZULUAGA
Identificación: CC: 1082851677
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha nacimiento: 01/08/1986
Edad: 35
Genero: Femenino
Estado civil: Unión Libre
Escolaridad: Técnica
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Santa marta,
Nº hijos: 3
ARL:
EPS: EPS Sanitas
AFP: Protección S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Según 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

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID 19

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584

Aspirante a trabajador
PAOLA ANDREA FLOREZ ZULUAGA
Identificación: CC: 1082851677

Paola Florez

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CLINICA BENEDICTO S.A.
Nit.900.099.151-4
Comprometidos con la Salud
Calle 23 No.14-46
Te.4236207-4314370- 3007533501
Email:clinicabenedicto@hotmail.com
Santa Marta Magdalena

CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA QUE

PAOLA ANDREA FLOREZ ZULUAGA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N.º 1.082.851.677 expedida en Santa Marta - Magdalena, presta sus servicios profesionales en esta institución realizando turnos eventuales en el servicio de **UCI ADULTO** como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el 20 de octubre de 2020 hasta la fecha.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado(a), el día 02 de Agosto de 2021.

LINA MARCELA CASTRO AGUIRRE
Coordinadora de Talento Humano

Powered by CamScanner

Santa Marta, 18 de Octubre de 2016.

CERTIFICADO

Por medio de la presente certifico que la Sra. Paola Andrea Flórez Zuluaga identificada con C.C N° 1.082.851.577 de Santa Marta realizo su proceso de inducción en la UCI Adultos del Hospital Universitario Fernando Troconis en el periodo de 12 de Abril de 2016 a la presente fecha, tiempo en el cual se destaco por ser una persona comprometida c

on su labor de enfermería, con capacidad de aprendizaje y gran calidad humana.

Atentamente

Dra. Ana Cecilia Méndez Gutiérrez
Profesional Especializada en el Área de UCI
Coordinadora UCI HUFT

Powered by CamScanner

NIT 900.477.943-2

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA MVC INVERSIONES SAS "CASALUD IPS"

HACE CONSTAR QUE:

La señora FLOREZ ZULUAGA PAOLA ANDREA, identificada con la cedula de ciudadania No. 1082851677, laboró en esta institución, en el cargo de Auxiliar de enfermeria, bajo la siguiente modalidad:

Tipo de contrato	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Obra o labor Contratada	Julio 03 de 2019	Diciembre 30 2019

La presente se expide a solicitud de la interesada en Santa Marta a los diez y seis dias (16) del mes de Enero del 2020.

Cordialmente,

LINETH CERVANTES URIELES
Representante Legal

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1082851677 **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 04/12/2023 11:18 AM

Código Verificación: **KD5EN4U7FT**

Válida hasta: **03/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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: Paola

Apellidos: Florez

Documento de identidad: C.C. ✗ T.I. Pasaporte No. 1082851677

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 09 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Tetravalente - Rubeola	Única	13-01-10	Sanofi U2U9726	Laura Gil
Fiebre Amarilla	Única	3-7-14	FL360910	[illegible]
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	3-12-14	2396244	[illegible]
	2			
	3			
	4			
	5			
Triple viral	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	13-01-20	L.T056	Laura Gil
	2	15-09-20	DC.178.1	Maria Florez
	3	19-02-21	Up:X00083	Rokys M.
Antirrábicos	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	21-11-21	V5022 AM	Liliana M.
Otro:				

Powered by CamScanner

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	2023-12-12 12:03

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAOLA	ANDREA	FLOREZ	ZULUAGA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1082851677

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

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:

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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 [ ]

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Descripción del p tencial 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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-005 - 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 1082851677**
NOMBRES Y APELLIDOS	**Florez Zuluaga Paola Andrea**
TIPO DE AFILIADO	**Titular**
TIPO DE TRABAJADOR	**Independiente Con Contrato De**
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	**01/08/2015**
ESTADO DE AFILIACIÓN	**Vigente**
ESTADO DE SERVICIO	**Habilitado**
REGIMEN	**Contributivo**

La presente se expide a nombre de Florez Zuluaga Paola Andrea a los 01 días del mes de noviembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye ningún reconocimiento de prestación, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Nancy Viviana Betancourth Valencia
Coordinadora Facturación III Nivel

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FLOREZ ZULUAGA PAOLA ANDREA** identificado(a) con **CC** número **1.082.851.677** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de octubre de 2007 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 05 de diciembre de 2023.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HUMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO FINQAR VERSION: 002 FECHA ÚLTIMA REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Paola Andrea Florez Zuluaga

Sexo: M [ ] F [✓]

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	✓	C.E.		T.I.		R.C.		P.P.	1.082.851.677	Santamaria	14.enero.2005

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	Familiar	Rural	Urbano
		✓					✓		5		✓			✓

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
03 09 1986	Barranquilla	Manzana L. Casa 18. Condito	Santamaria	Mag

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfonos
Florezpaola329@gmail.com	3118881230	

Ocupación (Seleccione):

Estudiante		Independiente		Empleado	✓	Hogar		Jubilado		Actividad Principal (CIIU)			
										9	2	8	6

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	actividades de atención terapéutico

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
H.U.J.M.B	Pública	✓	Privada		Mixta		Otra, cual?	Auxiliar de enfermeria

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. teléfono
Cra. 74. n° 23-42	Santamaria	Alegranes	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI [ ] NO [✓]

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1'800.000	Total Egresos mensuales	1.600.000
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	1'800.000	Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 Año 2022	Es declarante?	SI [ ] NO [✓]

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

NO

Declara que soy persona políticamente expuesta PEP?

NO

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

NO

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 existen dentro de mis propios, 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. Igualmente declaro que las transacciones destinadas a fines autorizados a favor de personas relacionadas con los mismos.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Juan Mendez Barranquilla 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 Juan Mendez Barranquilla, con fines estadísticos, de control, supervisión, prueba de mercados, actualización o verificación de la información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. La anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde me 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 Juan Mendez Barranquilla 2) me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a revocar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Juan Mendez Barranquilla no utilizar o tratar 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 Juan Mendez Barranquilla S.A. me ha

Paola Florez

5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner