En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Karina Johanna Peña Barros, Identificado con Cédula No. 1.083.464.046 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 acontinuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Karina Peña Barros

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		x
2	Cedula de Ciudadanía	x	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	x	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	x	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	x	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	x	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		x
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		x
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	x	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	x	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	x	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		x
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		x
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	x	
15	Tarjeta Profesional		x
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	x	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		x
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial).**	x	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	x	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		x
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		x
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		x
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		x
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*.		x
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*)	x	
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.*		x
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***).	x	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		x
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)**	x	
30	Soporte de experiencia laboral.	x	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. **REDAM** Disponible en: https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	x	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	x	
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)	x	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	x	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	x	
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	x	


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.083.464.046
PEÑA BARROS
APELLIDOS
KARINA JOHANNA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1989
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
16-ABR-2007 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
INDICE DERECHO
A 210 00945540-F-1083464046-20171011
0058049192A 1
1324484062

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identi cación

Veri car Registro

Has buscado el número de identi cación: 1083464046

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1083464046	PEÃ‘A	BARROS	KARINA	JOHANNA	2023-02-10, 9:25 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

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

El(la) suscrito(a) Karina johanna peña barros identificado con C.C./C.E./P.P No. 1083464046 expedida en cienaga magdalena, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)**)**, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 05 del mes de diciembre de 2023.

Firma *karina peña barros*
Nombre karina johanna peña barros
Cédula 1083464046

COPIA CONTROLADA

Homepage

Aumentar el contraste | UTC -5 14:44:11 Persona Natural

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	Karina Johanna Peña Barros
Nombre abreviado	Persona Natural
Fecha de creación	15/07/2022 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1083464046
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Otro
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	calle 31 Cra 11-06
País	COLOMBIA
Ciudad	Magdalena
Municipio	Santa Marta
Código postal	
Teléfono de oficina	3117127240
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	yose1944@outlook.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	yose1944@outlook.com

Dirección	Estado	País	Teléfono
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Santa Marta NOVIEMBRE 2023
DR. German Gaviria Vargas

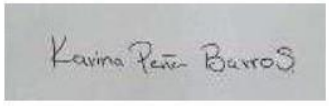
Karina Johanna Peña Barros
C.C: 1083464046
Calle 31 carrera 11 #11-06 barrio san juan
Gmail: Yose1944@outlook.com
Cel: 3117127240

ASUNTO: Oferta de servicio.

Cordial Saludo;

Yo Karina Johanna Peña Barros identificada con cedula de ciudadanía Nº 1083464046 de expedida en Ciénaga, presento mi propuesta y disposición como Auxiliar de enfermería para presentar los servicio de proveer el cuidado integral básico a los usuarios y desarrollar mis actividades de responsabilidad bajo la orientación y supervisión de mis conocimientos adquiridos en mi practica formativa y experiencia laboral, de acuerdo con las políticas instituciones y normas vigentes de la institución.

Atentamente;



Karina Johanna Peña Barros
1.083464046

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14944880775

(415)7707212489984(8020) 000001494488077 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 3 4 6 4 0 4 6	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 3 4 6 4 0 4 6	2 0 0 7 0 4 1 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEÑA	BARROS	KARINA	JOHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

41. Dirección principal: CL 31 11 06 BRR CARREÑO

42. Correo electrónico: yose1944@outlook.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 3 0 4 1 8	7 4 9 0	2 0 1 8 0 5 2 1		5 1 3 2	

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

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma 56. Tipo; Servicio 1 2 3; 57. Modo; 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 06 / 21 : 49: 59

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 PEÑA BARROS KARINA JOHANNA
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
Peña	Barros	Karina Johana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. X C.E. ◯ PAS ◯ No. 1083464046	F X M ◯	COL. X EXTRANJERO ◯	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES 03 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CIÉNAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 31 11 06

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CIÉNAGA

TELÉFONO 0000000 EMAIL yose1944@outlook.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° X	MES		AÑO	

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	ASMEMAG	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	03	2011

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
ESPAÑOL			X			X			X

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	03	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AUIXILIAR AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	05	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	7

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento santa marta 05/12/2023

Karina Peñaranda Barros

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia

Y en su nombre

La Institución Educativa Técnica de Comercio

"Virginia Gómez"

Ciénaga - Magdalena

Jornada Tarde

Aprobada por la Secretaría de Educación Departamental, Según

Resolución No. 3279 de 17 de Noviembre del Año 2000

Confiere a:

Karina Johanna Peña Barros

Identificado (a) con T. I. No. 01.0653.485 de Ciénaga - Magdalena

El Título de:

Bachiller Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, Art. 28 ley 115 de 1994, según los planes y programas vigentes y el Proyecto Educativo Institucional.

Lic. Carlos Arevalo de Del Toro
Rector

Secretaria

Oficina Gestión Pública

LA REPÚBLICA DE
COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA:

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA - SS -
"ASMEMAG"

INSTITUCION DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A: KARINA JOHANNA PEÑA BARROS

CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.083.464.349 ENERGIA

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermeria, con una intensidad total de 1656 horas.

Dado en Santa Marta a los 23 días del mes de Marzo de 2011

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 53 Registro 200 del Libro de Actas

STEVEN MAHECHA PLATA
Secretario Seccional de Salud de Magdalena

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 637

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE 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) **KARINA JOHANNA PEÑA BARROS**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.083.464.046 expedida en Ciénaga - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS otorgado por **LA CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA -SS-" ASMEMAG"**, Santa Marta – Magdalena, según Acta de Certificados No. 004 del día 23 de Marzo de 2011.

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **KARINA JOHANNA PEÑA BARROS**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.083.464.046, expedida en Ciénaga - Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el 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 23 MAY 2011

STEVENSON MARULANDA PLATA
Secretario Seccional de Salud de Magdalena

Proyectó: GERMAN NAVARRO - Profesional
Revisado por: ANDREA PALACIOS ROJAS - Profesional Especializado

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

9628

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-05→3:09:31 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1083464046	KARINA	JOHANNA	PEÑA	BARROS	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) KARINA JOHANNA PEÑA BARROS identificado(a) con CC 1083464046 registra La siguiente información:

2023-12-05→3:09:31 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2011-05-20	637	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Karina Johanna Peña Barros

CC 1083464046 de Ciénaga

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: 2023-09-06
Fecha de vencimiento: 2025-09-06

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Karina Johanna Peña Barros

CC 1083464046 de Ciénaga

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

Fecha de emisión: 2023-05-12
Fecha de vencimiento: 2025-05-12

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Karina Johanna Peña Barros

CC 1083464046 de Ciénaga

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

Fecha de emisión: 2023-09-05
Fecha de vencimiento: 2025-09-05

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 Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Karina Johanna Peña Barros

CC 1083464046 de Ciénaga

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

Fecha de emisión: 2023-09-03
Fecha de vencimiento: 2025-09-03

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 Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 08/02/2023

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: KARINA JOHANNA PEÑA BARROS
Identificación: CC: 1083464046
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha nacimiento: 28/03/1989
Edad: 33
Genero: Femenino
Estado civil: Unión Libre
Escolaridad: Técnica
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Ciénaga,
Nº hijos: 2
ARL:
EPS: Salud Total EPS
AFP: Porvenir 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.
- 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

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y 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

Karina Peña Barros

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

Aspirante o trabajador
KARINA JOHANNA PEÑA BARROS
Identificación: CC: 1083464046

LA HISTORIA CLINICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS
Premio Nacional de Alta Gerencia

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

CERTIFICA

Que la Señora, **KARINA JOHANA PEÑA BARROS**, identificada con cedula de Ciudadanía **No 1.083.464.046** expedida en Ciénaga (Magdalena), fue contratista de esta ESE Hospital Universitario Fernando Troconis prestando sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en virtud de las siguientes órdenes de Prestación de Servicios:

1. No. **478** de fecha 14 de Mayo de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 14 de Mayo al 31 de Diciembre de 2013 y por un valor de OCHO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS ($8`855.000.00) MTCE.
2. No. **428** de fecha 24 de Enero de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 30 de Enero al 30 de Junio de 2014 y por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6`900.000.00) MTCE.
3. No. **888** de fecha 16 de Julio de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 al 31 de Agosto de 2014 y por un valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($2`300.000.00) MTCE.
4. No. **1158** de fecha 10 de Septiembre de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2014 y por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($4`600.000.00) MTCE.
5. No. **432** de fecha 07 de Enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de Enero al 31 de Marzo de 2015 y por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3`450.000.00) MTCE.
6. No. **670** de fecha 30 de Marzo de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2015 y por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3`600.000.00) MTCE.

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 1083464046 **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 05/12/2023 01:30 AM

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			
Fiebre Amarilla	Única	20-4-20	P3148114	Yamid Echeverry
Tetravalente (o tetra - DPT+Hepa B+Hib)	1	28/1/17	D122844	Yamid Echeverry
	2	2do refuerzo	22MC054210	Yamid Echeverry
	3			
	4			
	5			
Triple viral	1			
	2			
Virus	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	19/09/16	052120056	Yamid Echeverry
	2	23/11/16	052120056	Yamid Echeverry
	3			
Antitetánica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

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

Conservelo

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: Karina Johanna

Apellidos: Peña Barrol

Documento de identidad: C.C. x Pasaporte No. 1083464042

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 03 Año 1989

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	OTRO	Fecha de publicación	2023-06-17 07:49

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apelli
KARINA	JOHANA	PEÑA	BARROS

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 108346404

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: MAGDALENA

Municipio: CIÉNAGA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: MAGDALENA

Municipio: CIÉNAGA

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

Lugar de sede: COLOMBIA

Departamento: MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA

País: ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Dirección: CONTRATISTA

Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.615.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.615.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.615.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: [X] Sí No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NICOLAS	SEGUNDO	DIAZ	MEZA

Tipo documento	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1083457106

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés labor o actividad que desempeño: SíNo frente a [ ] la [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

[ ] [X]

SíNo ánimo o

sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

STAMARTA, Diciembre 5 de 2023

Señora:
PEÑA BARROS KARINA JOHANNA
CC. 1083464046
CL 31 NO 11 06 -
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 7 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
PEÑA BARROS KARINA JOHANNA	1083464046	C	Nov-7-2018	186	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
DIAZ PEÑA NEYMAR ELIAS	1176968673	R	Nov-7-2018	186	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
DIAZ PEÑA NAREN YESID	1083557787	T	Nov-7-2018	186	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
KARINA JOHANNA PEÑA BARROS	1083464046	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
SU ALIADO LABORAL S.A.S.	1083464046	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KARINA JOHANNA PEÑA BARROS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.464.046**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **KARINA JOHANNA PENA BARROS** con **CC** No. **1083464046**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/09/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIAR ENFERMERIA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230102270476.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_1_FR15 v. 07

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Grupo Funcional Enfemeria	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Karina Johanna Peña Barros														Sexo			
														M		F	x

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP		1083464046	Cienega	16/04/2007

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
28	3	1989	Cienega	Calle 31 N 11-06	Cienega	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
yose1944@outlook.com	3117127240	0

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	x	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
Carrera 14 N 23-42	Santa Marta	Los Alcazares	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1,600,000			Total Egresos mensules 1,600,000				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos 1,600,000			Total Pasivos 100,000				
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 lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me

Karina Peño Barros

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