LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Daniela Diaz Acosta identificado con Cédula No 1004348373 y Profesión ENFERMERA JEFE **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: Daniela Diaz

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadania		
3	Registro Proveedores Persona Natural – Disponible en: https://slji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla - Usuario SECOP II **(Pantallazo)**		
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**		
7	Libreta Militar **(Hombres menores de 50 años)**		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA **(CONDUCTOR DE AMBULANCIA)**		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**		
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado **(Bachiller, Universitarios y Especializados)**		
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		
13	Convalidación de Titulo **(Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - **(Personal Asistencial)**		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS **(Personal Asistencial en general)**		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. **(Médicos y Especialistas)**		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 **(Personal Asistencial)**		
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías*.		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. **(Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en: https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 **(Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)**		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud **(INDEPENDIENTE - Mes Actual)**		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión **(INDEPENDIENTE - Mes Actual)**		
36	Formato **SARLAFT** - Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

Scanned by TapScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.004.348.373
DIAZ ACOSTA
APELLIDOS
DANIELA MARIA
NOMBRES
Daniela Diaz
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-2001
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
24-MAY-2019 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-2100100-01081527-F-1004348373-20190708
0066070936A 1
4415492305

SIJI

Pantalla Principal

persona natural

Persona Jurídica

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingreso numero de identificacion

Verificar Registro

Has buscado el numero de identificacion: **1004348373**

resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1004348373	DÍAZ	ACOSTA	DANIELA	MARIA	2023-02-17, 9:21 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA, identificado con C.C. No. 1.004.348.373 expedida en SANTA MART, autorizo libre, expresa, inequívoca y voluntariamente a los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **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 0 del mes de diciembre de 2023.

Firma

Nombre: DANIELA MARIA D I A Z ACOSTA

C.C. 1.004.348.373

8/9/23, 20:59 Administración de contratos

Colombia Compra Eficiente – Agencia Nacional de Contratación Pública

Aumentar el contraste | UTC -5 20:59:10 | DANIELA

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

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Volver | **Últimas modificaciones** | Todos | Seleccione

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total d
4032816	CD20232461	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	2/07/2023 9:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	21 días para terminar (30/09/2023 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA	8
3652121	CD20231429	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	10/03/2023 5:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30/06/2023 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA	11

OPCIONES

VER

Últimasmodificaciones Todos

Esperandoaprobación Firmado

Firmado y enviado a la Entidad Estatal Seguidos

Cancelados Ocultos

Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

Homepage

Aumentar el contraste

UTC-5 16:43:11
DANIELA

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Volver Últimas modificaciones **Todos** Seleccione

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
4242602	CD20233846	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO LUIS CARMENDEZ BARRENECHE	EntidadEstatal	17 días de tiempo transcurrido (12/10/2023 11:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	19 horas para terminar (31/10/2023 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA	2.900.000 COP	Enejecución	De
4032816	CD20232461	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO LUIS CARMENDEZ BARRENECHE	EntidadEstatal	2/07/2023 9:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30 días de tiempo transcurrido (30/09/2023 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA	8.700.000 COP	Enejecución	De
3652121	CD20231429	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO LUIS CARMENDEZ BARRENECHE	EntidadEstatal	10/03/2023 5:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30/06/2023 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA	11.600.000 COP	Enejecución	De

OPCIONES

VER

Últimasmodificaciones
Todos
Esperando
aprobaciónFirmado
Firmadoyenviadoa laEntidadEstatalSuscrito
CanceladosCerrados
FirmadosyTerminadosanormalmente

HERRAMIENTAS

SantaMarta, Enero del 2024

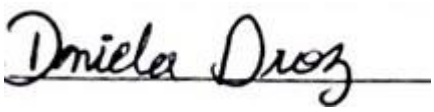
Doctor:
GERMANV A R G A S MOSQUERA
Gerente
HospitalJulioMendezBarreneche

REFERENCIA:PROPUESTADETRABAJO

CordialSaludo

Elsuscrito**DanielaMaríaDíazAcostaidentificada**conceduladeciudadanía**No100434837 3expedida**en**SANTAMARTA(MAGDALENA**)de acuerdo con los requerimientos del Hospital Julio Méndez Barreneche, me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta para ejercer mis funciones como **ENFERMERA PROFESIONAL** enesta institución.

En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones del objeto del contrato que se me adjudique,contando con tener la oportunidad que esta propuesta sea Aceptada.Atentamente,



DanielaMaríaDíazAcosta*C.C.100434837 3Dirección:Calle29k1#21D05loslaurelesEmail:diaza costadanielamaria@gmail.com*
Cel:3115961767

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

3. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14897038141

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	13. Buzón electrónico
1004348373	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	

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	1004348373	2019/05/24

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
DIAZ	ACOSTA	DANIELA	MARIA

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: CL 29 K # 21

42. Correo electrónico: danielaclaraacosta5@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
4 7 0 0 0 3	3 1 1 5 9 6 1 7 6 7	3 1 1 6 8 9 9 9 6 8

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
0 0 1 0	2 0 2 1 0 2 0 4						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicios	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: 2023-02-17 12:38:28

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

59c. Nombre: DIAZ ACOSTA DANIELA MARIA

59d. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Diaz	Acosta	Daniela Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1064440721	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA: DIA 15 MES 05 AÑO 2001		CALLE 39K D ESTE - 21D 05 ESTE CALLE 29 K1 # 21 D05 LOS LAURELES			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	0000000	EMAIL	danieladiazacosta5@gmail.com

3 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 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) **MS** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	11	2020	64638

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO

ESPECIFIQUE 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

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			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*					
DEPARTAMENTO		*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
		Día		*Mes*		*Año*		*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL		*DEPENDENCIA*					*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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	0

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

Daniela Diaz

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 el

Colegio
Liceo Versalles

Santa Marta - Magdalena

Reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación Distrital
según Resolución No. 0886 de septiembre 29 de 2016.

Confiere a

Daniela María Díaz Acosta

Identificado(a) con T.I. No. 1.004.348.373 Expedida en Santa Marta

El Título de

Bachiller Académico
Con Énfasis en Humanidades

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Académica, según los
planes y programas vigentes.

Carmen Rubio Alarcón
C.C. 36.[illegible] de Santa Marta
Rectora.

María del Carmen Gutiérrez Linero
C.C. 57.[illegible] de Santa Marta
Secretaria General.

Este Diploma se registró en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 933 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. 047 Diploma No. 13

Dado en Santa Marta, el 01 de Diciembre del año 2017

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24199 del 30 de Diciembre de 1987 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 503 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 4890 del 31 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA

con Cédula de Ciudadanía No. 1.004.348.373 de Santa Marta
Cumplió sastisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 27 de enero de 2023
Libro de Registros No. 0060420221 Folio No. 088 Registro No. 0873
Refrendado en Santa Marta el día 26 de enero de 2023

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Rangel
Secretario (a) General

Registros y Diplomas: Vanessa Llerena Betancur

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente
VIGILADA MINEDUCACIÓN

HACECONSTARQUE:

Enfermera**DANIELAMARIADIAZACOSTAidentificada**conlacéduladeciudadanía número1083[illegible] no registra antecedentes de responsabilidadeontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesióndeenfermeríaenColombia;seestableceelrégimendisciplinariocorrespondientey se dictanotrasdisposiciones".

Elpresentecertificadotieneunavigenciadeseis(6)mesescontadosdesdela fechadesuexpedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá,D.C., República de Colombia, a los diez(10)días del mes de noviembre del añodos mil veintitrés(2023)

Cordialmente,

EMPERATRIZEUGENIASANTAMARÍAMUÑOZ
AbogadaSecretaria

Santa Marta, febrero 21 de 2023

Doctora:
ZENAIDA MARIA ORTIZ HERAS
Secretaria de Salud Departamental
Santa Marta

Asunto: Solicitud de Resolución

DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA , identificada con cedula de No.1004.348.373 de Santa Marta (Magdalena) por medio del presente hago entrega de la documentación correspondiente para el tramite de mi Resolución como **ENFERMERA PROFESIONAL** EN LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

.- Copia de cedula ampliada

.- Diploma

.- Acta de Grado

R-2023-003506
2/21/2023 3:54:41 PM - Folios: 5 -Anexos: 0 - TipoAnexos: USB
1016/DSS/DESPACHO SECRETARÍA DE SALUD
RESOLUCION

Atentamente,

DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA
CC. No. 1004.348.373 de Santa Marta (Magdalena)
Dir. Calle 29 K 1 No 21 D 05 Los Laureles
Cel. 311 596 1767
Email.danieladiazacosta5@gmail.com

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA
CC 1.004.348.373
Universidad Cooperativa De Colombia
Santa Marta
Fecha de Expedición Diploma: 27/01/2023
Fecha de Inscripción en Rethus: 10/02/2023

54538

Representante Legal Organización Colegial de Enfermeria

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

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

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

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

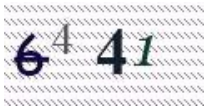
Tipo de Identificación*
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación*
1004348373

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la imagen*



Cambiar

1924

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General - 2023-12-06 → 12:16:26 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado	Detalles de la Información:
CC	1004348373	DANIELA	MARIA	DIAZ	ACOSTA	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) DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA identificado(a) con CC 1004348373 registra la siguiente información:

2023-12-06 → 12:16:26 PM

Información Académica

Tipo Título	Origen Título	Entidad Reportadora	Profesión u Ocupación	Programa	Fecha inicio Acto Administrativo	Fecha Obtención Acto Administrativo	Acto Administrativo	Ocupación ejercer	Estado
UNV	Local	ENFERMERIA			2023-02-10	1004348373	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA	ENFERMERIA	

Datos SSO

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

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación de la salud presentando los documentos que acrediten 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).

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DANIELA DÍAZ ACOSTA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.348.373

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 2 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9508

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DANIELA DÍAZ ACOSTA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.348.373

Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 1 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DANIELA DÍAZ ACOSTA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.348.373

Asistió al Curso de:

SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DANIELA DÍAZ ACOSTA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.348.373

Asistió al Curso de:

GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 4 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9508

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

DANIELA DÍAZ ACOSTA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.348.373

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 3 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9508

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 18/02/2023

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA
Identificación: CC: 1004348373
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: ENFERMERA JEFE
Fecha nacimiento: 15/05/2001
Edad: 21
Genero: Femenino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono:
Dirección:
N° hijos: 0
ARL:
EPS: Cajacopi Eps
AFP: Colpensiones

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.

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

Daniela Diaz

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

Aspirante o trabajador
DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA
Identificación: CC: 1004348373

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

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 1004348373 **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 08/09/2023 03:23 AM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

MINISTERIODETECNOLOGÍASDELAINFORMACIÓNYLASCO MUNICACIONESMINTIC

CERTIFICAQUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos**REDAM**,el(la)ciudadano(a)connúmerodeidentificaciónCC1004348373**NOSEENC UENTRAINSCRITOENELREGISTRODEDEUDORESALIMENTARIOSMOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el06/12/2023 12:29 PM

CódigoVerificación:**9KGVAC16R4**

Válidahasta:**05/03/2024**

Direcciónde GobiernoDigital

MINISTERIODETECNOLOGÍASDELAINFORMACIÓNYLASCO MUNICACIONESMINTIC

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
TV Sarampión Rubéola	Única	20-2-19	R009510	
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	23-02-19	U1 X192005	
	2	26-4-19	U1 X192005	
	3	03-09-20	U1 X192005	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
HA	1	05-09-2	R023980	
[illegible]	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	20-01-19	V5021B009	
Otras DHA	U	20-02-19	AC3308285K	
HA	1	20-02-19	D003994	
TZ	3	01-05-20	V5022002	



MINSALUD — GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación Adulto

Nombres: Daniela

Apellidos: Diaz Acosta

Documento de Identidad: C.C. T.I. X Pasaporte No. 1004348373

Fecha de Nacimiento: Dia 15 Mes 05 Año 2001

Laboratorio Clínico Martínez
Dra. Patricia Martínez - Dra. Daissy Martínez

Sede principal:
Calle 32 No. 14 – 70 Centro Médico Perla del Caribe
Tel/Fax: 4213928 – 4343622 Santa Marta Magdalena
Sede Ciénaga
Calle 16 No. 12 – 02 Tel/Fax: 4333922 Cel: 3008438211

RESULTADOS

Sede	**PRINCIPAL**	Impreso	13 oct. 2020 10:26:34 pm
Id. Paciente	**CC 1004348373 DIAZ ACOSTA DANIELA MARIA**	Sexo: F Edad: 19A 4M 8D	**Orden De Recepción** **95610**
Teléfonos	3016191464	Fecha De Recepción	09 oct. 2020 02:06:43 pm
Entidad	PARTICULAR 2017	SubEntidad	SIN SUBENTIDAD
Sala	**CONSULTA EXTERNA** Cama	Médico	PARTICULAR MEDICO

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
PRUEBAS ESPECIALES			
HEPATITIS B AC CONTRA AG DE SUPERFICIE			
Hepatitis B: Ac. Contra Ag de Superficie.	2517.0	mUI/ml	

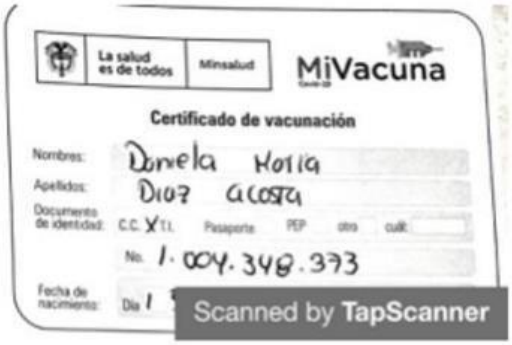
VALOR DE REFERENCIA:

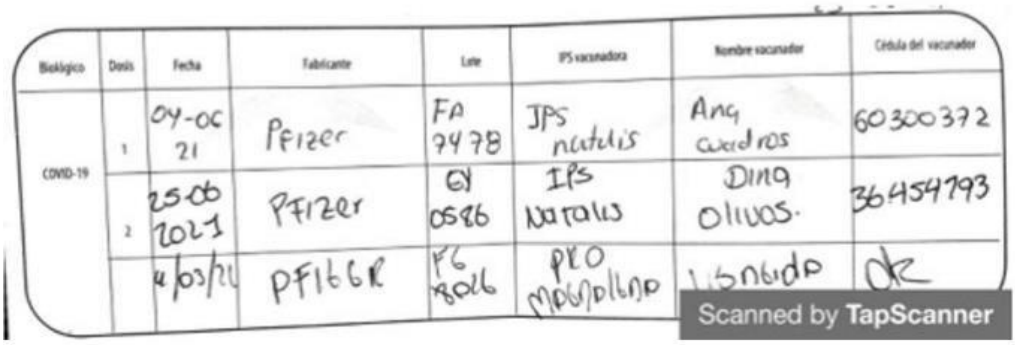
No reactiva < 10 mUI/ml
Reactiva: > de 10 mUI/ml

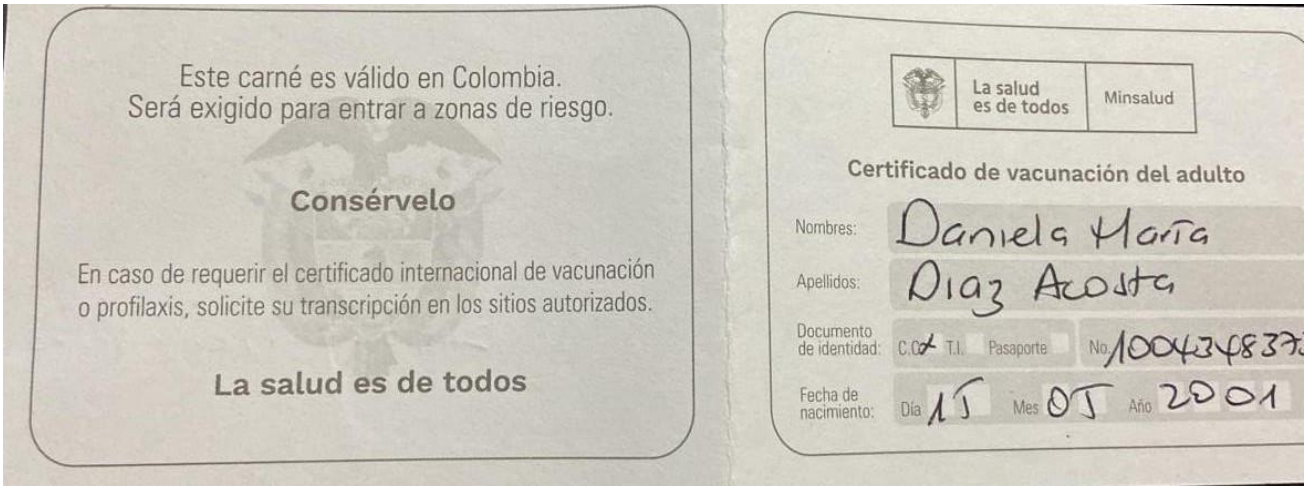
Daissy Martínez

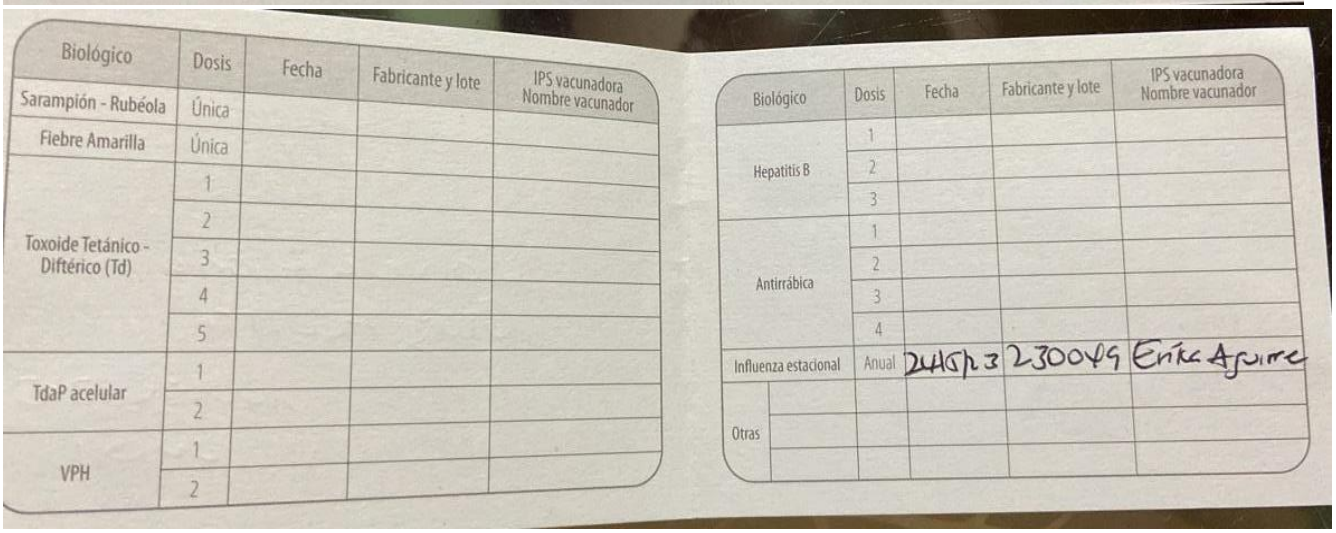
Dra. Daissy Martinez Ariza.
Bacteriologa











Tipodedeclaración	PERIÓDIC	Fechadepublicación	2023-12-1116:28

Nombresyapellidoscompletos

Primernombre	Segundonombre	Primerapellido	Segundoapellido
DANIELA	MARIA	DIAZ	ACOSTA

Documento de identificación
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA Número 1004348373

Lugar de nacimiento
País COLOMBIA Departamento MAGDALENA Municipio ALGARROBO

Lugar de domicilio
País COLOMBIA Departamento MAGDALENA Municipio SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, cel

Lugar de sede
País COLOMBIA

Dirección

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, queprestenfunciónpública,queprestenserviciospúblicosrespectodelainformacióndirectamenterelacionadaconlaprestaciónd servicio público.

1.DECLARACIÓNJURAMENTADADEBIENESYRENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mideclaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o porinterpuestapersona,sonlosquerelacionoacontinuación.

1.1.DEINGRESOS,BIENESYACREENCIAS

Losingresosyrentasqueobtuveenelúltimoañogravablefueron:

CONCEPTO	VALOR
Salariosydemásingresoslaborales	$0,00
Cesantíaseinteresesdecesantías	
Gastosderepresentación	
Arriendos	
Honorarios	
Otrosingresosyrentas	

TOTAL	$0,00

Lascuentasbancariasdelasquesoytitularen Colombiayenelexteriorson:

Tipodecuenta	Sededelacuenta(País)	Saldototaldelacuentaadiciembre31delañoinmediatoanterior
CUENTADEAHORROS	COLOMBIA	$0,00

Misbienespatrimonialesson los siguientes:

Tipodebien	País	Departamento	Municipio	Valor

Misacreenciasyobligacionesvigentesalafechason:

Concepto	Saldo

1.2.PARTICIPACIÓNENJUNTAS,CONSEJOS,CORPORACIONES,SOCIEDADESY/OASOCIACIONES

Tengoparticipaciónenjuntas,consejosodirectivos: Sí No X

Enlaactualidadparticipocomomiembrodelassiguientes JuntasoConsejosDirectivos:

Nombreentidadoinstitución	Órgano	Calidaddemiembro	País

Tengoparticipaciónencorporaciones,sociedadesyasociaciones: Sí No X

Alafechasoysociodelassiguientescorporaciones,sociedadesy/oasociaciones:

Nombre corporación,sociedadoasociación	Tipo	Calidaddesocio	País

1.3.DECLARACIÓNDELASACTIVIDADESECONÓMICASDECARÁCTERPRIVADO

Tengoactividadeseconómicasprivadas: Sí No X

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando deformaocasionalopermanentesonlassiguientes:

Detalledelasactividades	Formaparticipación

2.CONFLICTOSDEINTERÉS

Deacuerdoconloconsagradoen laLey2013de2019,acontinuaciónprocedoapublicarydivulgarproactivamenteelregistrode la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con losinteresesdemicónyugeocompañero(a)permanente,parientesysociosdehechoodederecho.

2.1.INFORMACIÓNDECÓNYUGEOCOMPAÑERO(A)PERMANENTE

Tengocónyugeocompañero(a)permanente: Sí No X

Losinteresespersonalesdemicónyugeocompañeroocompañerapermanentesonsusceptiblesde generarunaposiblesituacióndeconflictodeinterésfrentealalaboroactividadquedesempeño: Sí No

Primernombre	Segundonombre	Primerapellido	Segundoapellido

Tipodocumento Número

Descripcióndelpotencialconflictodeinterésconsucónyugeocompañero(a)permanente:

2.2.INFORMACIÓNDEPARIENTESPORCONSANGUINIDAD,AFINIDADYCIVIL

Tengoparienteshastaelcuartogradodeconsanguinidad,segundodeafinidadoprimerocivilcon Interesespersonalesquesonsusceptiblesdegenerarunaposiblesituacióndeconflictodeinterés oroactividadquedesempeño: 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 DE LA ÑO 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 de la ño 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), ya 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.DONACIONESQUEREPRESENTARONREDUCCIONESENLADECLARACIÓNDERENTA

Realicédonaciones: Sí No X

Lasdonacionesquemerepresentaronreduccionesenladeclaraciónderentadelúltimoañogravableson:

Nombreentidad	Valor

2.6.POTENCIALESCONFLICTOSDEINTERÉS

Tengopotencialesconflictospersonalesdeinterés: Sí No X

Losconflictosdeinteréspuedengenerarseapartirde,porejemplo:
> Actividadesynegociosquerealizaotieneconsocioosociosdehechoodederecho.
> Establecimientosqueposee.
> Litigiooc o n t r o v e r s i a a n t e a u t o r i d a d e s a d m i n i s t r a t i v a s o j u r i s d i c c i o n a l e s .
> Haberhechopartedelistasdecandidatosacuerposcolegiadosdeelecciónpopular.

Lospotencialesconflictospersonalesdeinterésquetengoson:

CERTIFICADODEAFILIACIONDECAJACOPIEPSSAS

SecertificaqueDIAZACOSTADANIELAMARIAidentificado(a)conCEDULADECIUDADANÍAnúmero1004348373seencuentraregistrado(a), conlasiguienteinformación:

TIPOYNUMERODEIDENTIFICACION:NOMBRES	CC-1004348373
YAPELLIDOS:	DIAZACOSTADANIELAMARIACO
TIPODEAFILIADO:	TIZANIE
ESTADODEAFILIACIÓN:	ACTIVO01/01/2
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS	020
SAS:FECHARETIROCAJACOPEPSSASDISCAPACIDAD:	
REGIMEN:	NINGUNACONT
NIVEL:	RIBUTIVO1
MUNICIPIO/DEPARTAMENTO:	SANTAMARTA/MAGDALENA

SUBDIRECCIONNACIONALOPERACIONES
Fechadegeneracion:05/12/2023
Codigodeverificacion:AFCS202200000525364
Generadoporusuario

ESTEDOCUMENTONOES VALIDOPARALAPRESTACION DELSERVICIO,NI PARATRASLADO

LAADMINISTRADORACOLOMBIANADEPENSIONES-COLPENSIONES

CERTIFICAQUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a**DANIELA MARIA DIAZ ACOSTA**identificado/a con documentode identidad**Cédula de Ciudadanía**número**1004348373,**se encuentra afiliado/a desde**17/02/2023**al Régimen dePrimaMediaconPrestaciónDefinida(RPM)administradoporlaAdministradoraColombianadePensiones**COLPENSIONES**.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Lapresentecertificaciónseexpideen Bogotá,eldía05dediciembrede2023.

RosaMercedesNinoAmaya Directora de Afiliaciones

Nota:CertificadogeneradodesdelapáginaWeb.Estedocumentonoesválidoparaelreconocimientodeprestaciones económicas,estásujetoaverificaciónynotienecostoalguno.

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: F I N C 4F VERSION: 0 0 2 FECHA D E U L T I M A REVISION: 1 0 /12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha V i n c u l a c i ó n

1. INFORMACIÓN DEL S O L I C I T A N T E

Nombres y A p e l l i d o s												Sexo				
												M		F		

Tipo de D o c u m e n t o										Número	Expedida en	Fecha de E x p e d i c i ó n
C.C.		C.E		T.I		R.C		PP				

Estado C i v i l (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de V i v i e n d a			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	amilia	Rural	Urbano

Fecha nacimiento			Lugar de N a c i m i e n t o	Direccion D o m i c i l i o	Municipio / C i u d a d	Departamento
DD	MM	AA				

Correo El e c t r ó n i c o	No. C e l u l a r	Telefono

Ocupación (S e l e c c i o n e)												Actividad Principal C I I U			
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado							

Detalle A c t i v i d a d Económica	Descripción del C I I U

1.1 U S O EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES D E EDAD

Nombres y A p e l l i d o s del R e p r e s e n t a n t e L e g a l	Tipo de D o c u m e n t o					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio								Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, c u a l ?		

Dirección de e m p r e s a o n e g o c i o	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Manejad i n e r o del E s t a d o o está e x p u e s t o p ú b l i c a m e n t e ?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos M e n s u a l e s	Total E g r e s o s mensules
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total A c t i v o s	Total P a s i v o s

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	

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

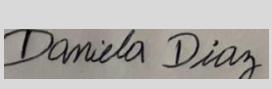
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para:
1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que
considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera
ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información
derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o
verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. La 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 a si como



5. FIRMA Y HUELLA



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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento