En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON, Identificado con Cédula No. 36546885 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

36.546.885
RODRIGUEZ PINZON

CLAUDIA PATRICIA


FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1962
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-NOV-1980 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

SIJI

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **36546885**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36546885	RODRIGUEZ	PINZÓN	CLAUDIA	PATRICIA	06/09/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

Santa Marta 2 de diciembre de 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
L. C.

Cordial saludo,

A solicitud de su respetada institución, yo CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON, identificada con la C.C. 36.546.885 de Santa Marta, le solicito a usted me permita ingresar como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro del área HOSPITALIZACION espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,



CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON
C.C. 36.546.885 DE SANTA MARTA
MZ 17 CASA 13 BOLIVARIANA
claudiapatricia1712@yahoo.com
3008328446

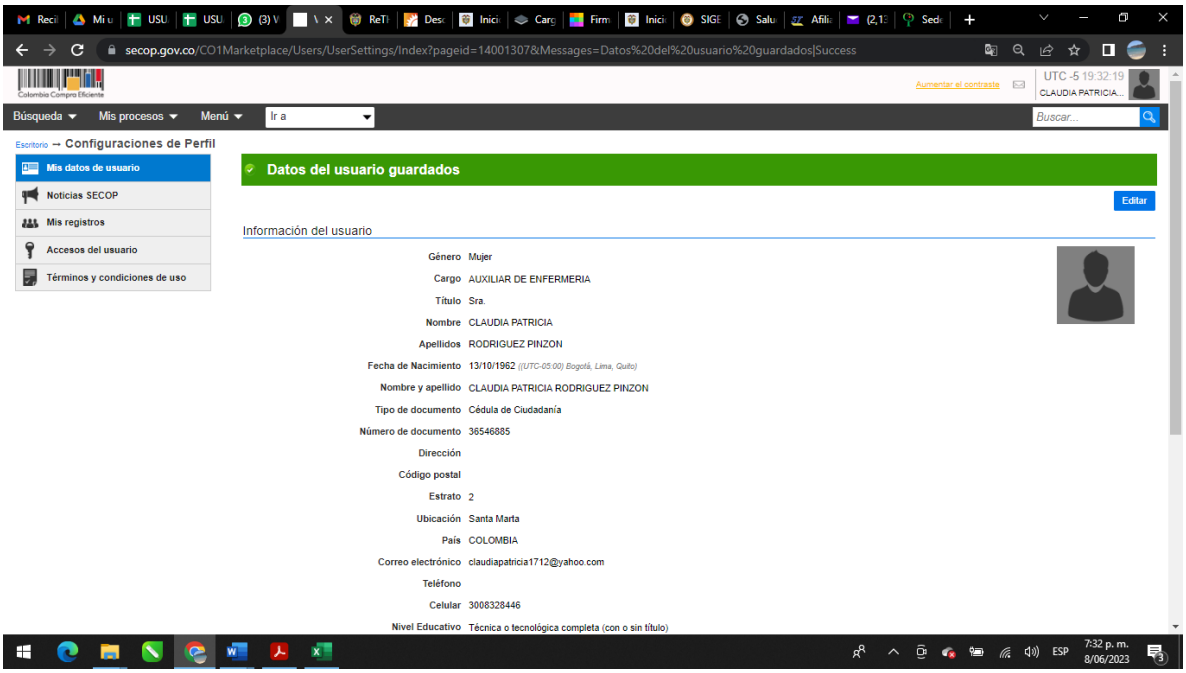
El (la) suscrito(a) CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON identificado con C.C./C.E./P.P No. 36546885 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 2 del mes de diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON
Cédula 36546885

COPIA CONTROLADA


secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados|Success
Aumentar el contraste
UTC -5 19:32:19
CLAUDIA PATRICIA...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Datos del usuario guardados
Editar
Información del usuario
Género Mujer
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título Sra.
Nombre CLAUDIA PATRICIA
Apellidos RODRIGUEZ PINZON
Fecha de Nacimiento 13/10/1962 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 36546885
Dirección
Código postal
Estrato 2
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico claudiapatricia1712@yahoo.com
Teléfono
Celular 3008328446
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
ESP
7:32 p. m.
8/06/2023

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14676052941

(415)7707212489984(8020) 000001467605294 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 6 5 4 6 8 8 5	1 9 8 0 1 1 2 6

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
RODRIGUEZ	PINZON	CLAUDIA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: MZ 17 CA 13 BRR BOLIVARIANA

42. Correo electrónico: claudiapatricia1712@yahoo.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 12 - 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MENDOZA VELASQUEZ LUZ MARINA

985. Cargo Analista I

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
Rodriguez	Pinzon	Claudia Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36546885	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES 10 AÑO 1962

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

- MZ 17 CALLE 13 BOLIVARIANA

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4331549 EMAIL claudiapatricia1712@yahoo.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1997
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	6	X			06	2001	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Cursos	VITALIS	EDUCACIÓN INFORMAL	BUENAS PRACTICAS DE USO DE MEDICAMENTOS PARENTERALES	06	2009

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2014	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE HOSPITALIZACIONES					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 23 42 LOS ALCAZAREZ					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 23 N ° 14 -42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	10	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 23 N ° 14 -42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	07	*Año* 2013	*Día*	16	*Mes*	08	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 23 N ° 14 -42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	31	*Mes*	01	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 23 N ° 14 -42						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	09	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 23 N ° 14 -42						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	10	*Mes*	07	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 23 N ° 14 -42						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	11	*Año*	2011	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 23 N ° 14 -42						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

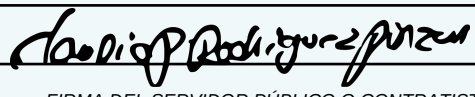
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	8	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	10

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 2 de diciembre de 2023



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia
Departamento del Magdalena

La Secretaría de Desarrollo de la Salud
y en su Nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena
"Cesmag" Gabriel Angulo

Creado mediante Decreto NO. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobado mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1968
Modificada mediante ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Teniendo en Cuenta Que:

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON

Titular de la C.C. No. 36'546.885 *Expedida en* Santa Marta (Magd.)

Cursó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todo los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el certificado de:

Aptitud Ocupacional Técnico En

Auxiliar de ENFERMERÍA

En Constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la Ciudad de Santa Marta

a los 4 días del mes de Junio de 2001

Acta de Grado

Carrera 14 Nº 15-80
A.A. Nº 354
Santa Marta - D.T.C.H.

Nuevo Instituto Mixto
RODRIGO DE BASTIDAS

En la ciudad de Santa Marta a los días del mes de Diciembre del año 97 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoria del Nuevo Instituto Mixto Rodrigo de Bastidas modalidad Académica institución aprobada hasta 11o. en el nivel de Educacion Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Titulo de Bachiller en la modalidad Académico según Resolución(es) numero(s) 331 de diciembre 5 de 1993

Comprobada la situación Legal y Academica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Media Vocacional, se procedio otorgar el Titulo de Bachiller Académico al graduado cuyo numero de orden, nombre, apellidos y numero del documento de identificación se relacionan a continuacion

No.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
	RODRIGUEZ	PINEDA	CLAUDIA PATRICIA

Documento de identidad No. 36.548.881 De Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 0003 de fecha 9 de 1997

que consta de 37 alumnos graduados, comienza con el nombre de: ACOSTA OSORIO NALEEN ELENA y se cierra con el nombre de: VALENCIA ALEMAN JOSE LUIS

firmado y sellado por JOSE HOMBLAIC VALENCIA JIMENEZ (Rector)

y LILIA M. VALENCIA DE MORA (Secretario)

Dada en Sta. Mta. a los 11 días del mes de mayo de 1.998

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el articulo 7º del Decreto 180 de 1.981.

Firmado y Sellado

EL DIRECTOR O DIRECTOR
C.C. Nº 4.971.268 Santa Marta

EL SECRETARIO(A)
C.C. Nº 36.535.650 Santa Marta

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No. 12-90 Santa Marta
Teléfono No. 4215776 FAX No. 4234520
NIT: No. 891-780-117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 107

En la ciudad de Santa Marta, a los 04 días del mes de junio de 2.001 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los Alumnos del Programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** las suscritas Directora y Secretaria Académica de el CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO", según Resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1.949 y modificado mediante Ordenanza 020 de diciembre 23 de 1.992, comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** al alumno cuyo nombre, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación: **CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZON,** identificada con la cédula de ciudadanía No. **36.546.885** expedida en Santa Marta, Mag..

La presente Acta consta de **24** Alumnos, se inicia con los nombres y apellidos de **ELSY EDITH AHUMADA CANTILLO** y termina con los nombres y apellidos de **ISABEL MARIA TORRES URINA.**

Firmado y sellado por la Dra. **CARMEN ROSA SAADE DIAZGRANADOS,** Directora y **MERCEDES OLANO RODRIGUEZ,** Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta, a los 04 días del mes de junio de Dos Mil Uno (2.001)

Carmen Rosa Saade
CARMEN ROSA SAADE DIAZGRANADOS
Directora

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCION
Centro de Educacion en Salud

Mercedes Olano
MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Secretaria Académica

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON

CC.36.546.885

PARTICIPO EN EL CURSO

INFORMATICA BASICA

DURACION **40** HORAS

WILLIAM SALCEDO CUAO
COORDINADOR ACADEMICO

Santa Marta, 16 de Junio de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

MULTISECTORIAL
CENTRO DE FORMACION

SGC2003CP00082 16/06/2003
No Y FECHA DE REGISTRO

CONSTANCIA DE PARTICIPACION F5-129

Republica de Colombia
Departamento del Magdalena

CESMAG
GABRIEL ANGULO

y en su nombre

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "GABRIEL

Creado mediante Decreto 816 de diciembre 13 de 1949, aprobado por Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1949 y Modificada mediante Ordenanza No. 020 de diciembre de 1992

Certifica que:

Claudia Patricia Rodríguez Pinzón

C.C. No. **36.546.885** *expedida en* Santa Marta (Magdalena)

Asistió al Seminario Taller

"Circulante en Sala de Cirugía"

Realizado con una duración de 25 días

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta, a 22 de abril de 2005

ANSELMO AHUMADA LINERO
Director CESMAG

YAMILE PEREA BOLAÑO
Instrumentadora Quirúrgi

Vitalis S.A.C.I.

Certifica que:

Participó en la capacitación de

BUENAS PRACTICAS DE USO DE MEDICAMENTO PARENTERALES

Realizada en Santa Marta, el día 10 de Junio de 2009
Intensidad: 2 horas

Dra. Liana Camargo
Jefe de Promoción Médica

Dr. Milton Castañeda
Gerente Médico

Universidad del Magdalena
Programa de Enfermería

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA RODRIGUEZ
C.C. 36546885

Asistió a la I JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PROCESO DE ATENCIÓI DE ENFERMERÍA (P.A.E.), Santa Marta 3 y 4 de diciembre de 2009.

Con intensidad de 8 horas

GUILLERMO TROUT GUARDIOLA
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ
DIRECTORA ACADEMICA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA



CERTIFICA QUE

CLAUDIA RODRIGUEZ RINZON

Participó en el

Asistió al CURSO DE FORMACION DE CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Intensidad de 40 horas, los dias 25, 26, 27, 28 y 29 de Noviembre de 2013,
desarrollado en el Distrito de Santa Marta

DAIRID PONTALVO BUELVAS
Secretaria de Salud
Distritalde Santa Marta

ANSELMO HOYOS FRANCO
Coordinador del PIC
E.S.E. Alejandro Próspero Reverend
Secretaría de Salud Distrital

PATRICIA PONCE GUIDA
Lider de Salud Pública

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE

CLAUDIA RODRIGUEZ PINZON

CC.36.546.885

PARTICIPO EN EL CURSO

BASICO DE ECONOMIA SOLIDARIA

DURACION 20 HORAS

MARIA T. PINEDO BRUGES
TEC 03 REGISTRO Y CERTIFICACION

Santa Marta, 15 de Junio de 2005
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

0843960

CENTRO MULTISECTORIAL
CENTRO DE FORMACION

SGC2003CP00030 07/07/2003
No Y FECHA DE REGISTRO

Educación Clínica
Johnson & Johnson
MEDICAL
Cuidado de Heridas

Wound Management

ETHICON
CUIDADO AVANZADO DE HERIDAS

CERTIFICA

CLAUDIA RODRIGUEZ .

Asistió al programa Educativo para el Cuidado Avanzado de Heridas
10 Módulos
12 Horas

ELAYNE MANCIPE.
ASESORA ESPECIALISTA

GERMAN ALONSO AGUIRRE
ESPECIALISTA MANEJO DE HERIDAS

Johnson & Johnson

Lugar: SANTA MARTA

Fecha Febrero de 2008.

Servicio Seccional de Salud del Magdalena
Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO"
SANTA MARTA

HACE CONSTAR:

QUE CLAUDIA RODRIGUEZ

ASISTIO AL:

CURSO " HAY QUE HACER EL AMBIENTE HAY QUE VIVIR SONRIENTE "

REALIZADO EN SANTA MARTA DEL 27 AL 31 DE JULIO 1.987.-

Servicio Seccional de Salud del Magdalena
Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO" Santa Marta

COORDINADORA
Coordinadora

Servicio Seccional de Salud del Magdalena
Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO"

DIRECTORA
Dirección

Tip. Apolo-8/87

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO INSTITUCIONAL

RESOLUCION No 47- 0340

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una Institución de Educación No Formal, en el área de la salud"

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de1994, emanados del Ministerio de Salud , y

CONSIDERANDO

1. - Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación no formal, para su debido ejercicio.

2. - Que **CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZON,** con cédula de ciudadanía Nº 36. 546. 885 de Santa Marta, ha solicitado a la Secretaria de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado de TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO. Según acta de certificación Nº 107 del 04 Junio del 2001.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el certificado de TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA a **CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZON,** con cédula de ciudadanía Nº 36. 546. 885 de Santa Marta, por EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO
PARRAFO: Este documento tiene validez en todo el territorio nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZON, el contenido de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.001

28 JUN 2001

MARIO VELASQUEZ LINERO
Secretario de Desarrollo de la Salud

PIEDAD DE LA HOZ OROZCO
Profesional Universitario

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 *

36546885
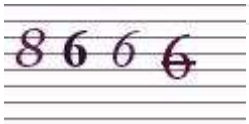
Primer Nombre

CLAUDIA

Primer Apellido

RODRIGUEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9311

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-02→9:50:25 AM -2023-12-02→10:27:00 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	36546885	CLAUDIA	PATRICIA	RODRIGUEZ	PINZON	Vigente

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) CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON identificado(a) con CC 36546885 registra La siguiente información:

2023-12-02→10:27:00 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2001-06-28	340	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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225340-2018

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON

C.C. N° 36546885

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

9

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

Claudia Patricia Rodríguez Pinzon

CC 36546885 de Santa Marta - Magdalena

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

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

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

CV-202203-AIGD0008

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZÓN
C.C 36.546.885

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 12 de marzo 2022, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **marzo de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202203-AVAQ0012

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

CLAUDIA PATRICIA RODRÍGUEZ PINZÓN
C.C 36.546.885

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 12 de marzo de 2022, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **marzo 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL
U. METROPOLITANA - U. SIMÓN BOLÍVAR
LIC. S. O. 11030 SSM

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 10/12/2022 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON
CC: 36.546.885 Sexo: F Edad: 58 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: o USO DE EPP   o HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE   o PAUSAS ACTIVAS

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes

No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM:0556 S.S.M - LIC.11030
UNIMETRO - UNIBOLIVA

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON,** identificada con cédula de ciudadanía **No. 36.546.885** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **208** de fecha 08 de Noviembre de 2011, con un plazo de ejecución contado a partir del 08 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2011, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS DOS PESOS ($2.457.602).
2. No. **202** de fecha 11 de Enero de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 11 de Enero al 10 de Julio de 2012, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
3. No. **933** de fecha 03 de Septiembre de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Septiembre al 31 de Octubre de 2012, por un valor de CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS ($4.140.000).
4. No. **109** de fecha 30 de Enero de 2013, con un plazo de ejecución de 6 meses contados a partir del 31 de Enero al 30 de Junio de 2013, por un valor de SEIS MILLONES NOVECINTOS MIL PESOS ($6.900.000).
5. No. **605** de fecha 15 de Julio de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de Julio al 16 de Agosto de 2013, por un valor mensual de UN MILLON CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($1.150.000).
6. No. **1086** de fecha 09 de Octubre de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de Octubre al 31 de Diciembre de 2013, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($5.750.000).
7. No. **369** de fecha 21 de Enero de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 30 de Enero al 30 de Junio de 2014, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
8. No. **1190** 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, por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($4.600.000).
9. No. **143** 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, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3.450.000).
10. No. **634** de fecha 27 de Marzo de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2015, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
11. No. **1692** de fecha 01 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de Octubre de 2015, por un valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($4.800.000).

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

12. No. **2394** de fecha 06 de Noviembre de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2015, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
13. No. **521** de fecha 05 de Enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 05 hasta el 31 de Enero de 2016, por un valor de UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
14. No. **927** de fecha 02 de Febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Febrero hasta el 31 de Marzo de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
15. No. **1920** de fecha 01 de Abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril hasta el 30 de Junio de 2016, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
16. No. **2280** de fecha 01 de Julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
17. No. **3219** de fecha 01 de Septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Septiembre hasta el 31 de Octubre de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
18. No. **4009** de fecha 02 de Noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
19. No. **182** de fecha 03 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 03 de Enero hasta el 30 de Junio de 2017, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
20. No. **1468** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
21. No. **1949** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Septiembre hasta el 30 de Septiembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
22. No. **2592** de fecha 05 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 05 de Octubre hasta el 30 de Noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
23. **ADICION Y PRORROGA NO. 001** de fecha 29 de noviembre de 2017 de la orden **No. 2592** por un tiempo de ejecución del 01 al 31 de diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
24. No. **414** de fecha 04 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Enero hasta el 30 de Junio de 2018 y por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
25. No. **1141** de fecha 03 de Julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 03 de Julio hasta el 30 de Septiembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
26. No. **2062** de fecha 01 de Octubre de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Octubre hasta el 31 de Diciembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
27. No. **234** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Enero hasta el 30 de Junio de 2019, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

28. No. **1494** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
29. No. **2214** de fecha 01 de Noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).
30. No. **500** de fecha 02 de enero de 2020, con fecha de ejecución del 02 de enero hasta el 30 de abril de 2020, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
31. No. **1101** de fecha 01 de mayo de 2020, con fecha de ejecución del 01 de mayo hasta el 30 de junio de 2020, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).
32. No. **2095** de fecha 01 de julio de 2020, con fecha de ejecución del 01 de julio hasta el 30 de septiembre de 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
33. No. **2771** de fecha 01 de octubre de 2020, con fecha de ejecución del 01 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
34. No. **411** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
35. No. **1397** de fecha 01 de Abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
36. No. **2307** de fecha 01 de julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
37. No. **3463** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
38. No. **392** de fecha 01 de Enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo 2022, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** PARA TODA LA POBLACIÓN USUARIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintiséis (26) días del mes de enero de 2022.

ANA MARIA CORDOBA LEAL
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

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 36546885 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 02/12/2023 10:32 AM

Código Verificación: **ZG9XRCUS4Y**

Válida hasta: **01/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Claudia

Apellidos: Rodriguez Pinzon

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36546885

Fecha de nacimiento: Día 1 3 Mes 1 0 Año 1 9 6 2

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion - Rubeola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5	28-04-16	D265	Rosa Perez
Idal celular	1	27-04-14	AC37B295D	Vanesa Carrascal
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	18-11-13	UFX13003	Marta lopez
	2	30-01-14	UFX13004	Marta lopez
	3	30-07-14	UFX13005	Marta lopez
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	27-04-14	J3A93	Vanesa Carrascal
Otras: Meningococo	U	28-04-16	R018253	Rosa Perez

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-09-04 13:50

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CLAUDIA	PATRICIA	RODRIGUEZ	PINZON

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36546885

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$21.600.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$21.600.000,00

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	$1.000.000,00

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: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Bogotá, Diciembre / 2 de 2023

Señor (a): CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON
CC. 36546885
MZ 17 CA 13 BOLIVARIANA B.
BOGOTÁ

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

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

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Junio / 1 de 2015, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

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

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

Cordialmente,

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

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36546885,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HOSPITALIZACION Y CUIDADOS CRITICOS	DICIEMBRE DEL 2021

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo		
CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PINZON	M	F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36546885	SANTA MARTA	26/11/1980

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
13	10	1982	BUCARAMANGA	MZ 17 CASA 13 BOLIVARIANA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
claudiapatricia1712@yahoo.com	3008328446	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				8692			

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Las actividades de enfermeros, parteras, fisioterapeutas, terapistas respiratorios, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos u otro personal paramédico como enfermeros escolares,	

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
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	FISIOTERAPEUTA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23 -42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	18,000,000	Total Egresos mensules	
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	12	Año	2020	Es declarante?	SI	X	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: ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez 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 obligo a actualizar los datos registrados y presentar los



Claudia Rodriguez Pinzon

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