

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **63.352.474**
ZABALA RODRIGUEZ

APELLIDOS
SONIA PATRICIA

NOMBRES

Sonia Patricia Zabala R.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-ABR-1969**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

09-MAY-1988 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

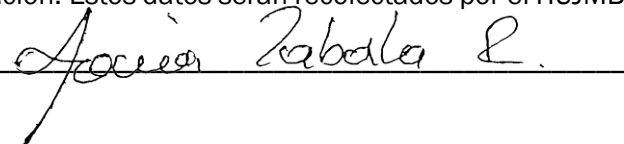


A-2600100-00069222-F-0063352474-20080912

0003277402A 1

4160009917

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, **SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ**, Identificado con Cédula No. **63.352.474** y Profesión **TECNOLOGO EN AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS** 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 HJMB con fines de contratación.

FIRMA: 

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	X	
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural - Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado - Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	X	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	X	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		X
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)	X	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).		X
13	Convalidación de Titulo – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		X
14	Tarjeta Profesional		X
15	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)	X	
16	Soporte de experiencia laboral.	X	
17	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.	X	
18	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)	X	
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
21	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	



Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **63352474**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	63352474	ZABALA	RODRÁÑGUEZ	SONIA	PATRICIA	2023-05-08, 7:53 am

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	63352474	ZABALA	RODRIGUEZ	SONIA	PATRICIA	2023-07-26, 9:47 am

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	63352474	ZABALA	RODRIGUEZ	SONIA	PATRICIA	2023-09-06, 2:34 pm

El (la) suscrito(a) **SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ** identificado con C.C./C.E./P.P No. **63.352.474** expedida en **BUCARAMANGA**, 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 **1** del mes de **diciembre** de 2023.

Firma



Nombre

SONIA PATRICA ZABALA RODRIGUEZ

Cédula

63.352.474

Traz

YAIF

Rec

Hos

MA

RI

Hos

JHO

Rec

Rec

SIJ

ced

cert

Acc

Inici

Cor

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=10005934

RESULTADOSLAB ...

Recibidos - resultad...

dynamics

Topra

Consulte su EPS

Hospitalizacion - Hi...

Hospitalizacion - Hi...

Google

Mi unidad - Google...

Resultados de la bú...

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Editar

Género

Mujer

Cargo

AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

Título

Sra.

Nombre

sonia patricia

Apellidos

zabala rodriguez

Fecha de Nacimiento

9/04/1969 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Nombre y apellido

sonia patricia zabala rodriguez

Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

Número de documento

63352474

Dirección

MANZANA V CASA 9 CONCEPCION 2

Código postal

57

Estrato

2

Ubicación

Santa Marta

País

COLOMBIA

Correo electrónico

jisoan32@hotmail.com

Teléfono

3043442108

Celular

3043442108

Nivel Educativo

Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Zona horaria

((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Idioma

Español (Colombia)

Activar Windows

Ve a Configuración para activar Windows.

Windows

Search

Task View

File Explorer

Word

Chrome

Excel

PowerPoint

System Tray

ESP

3:11 PM

09/06/2023

Santa Marta D. T. C., DICIEMBRE 1 de 2023

Doctor

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Ciudad

**REFERENCIA: PROPUESTA PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA
PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN AUDITORIA DE
CUENTAS MEDICAS PARA EL AREA DE GESTION DE LA AUDITORIA
DEL HJMB**

Cordial saludo,

La suscrita: **SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. 63.352.474 de BUCARAMANGA, de acuerdo con los requerimientos de la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** me dirijo a usted con el fin de presentar mi **PROPUESTA** para ejercer la prestación de servicios como **TECNOLOGO EN AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS**, en esta digna institución que usted lidera.

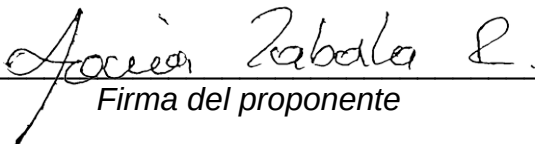
En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones del objeto del contrato que se me adjudique, contando con tener la oportunidad de que esta propuesta me sea aceptada,

Declaro así mismo:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.
- Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.

- Que conozco la información general y demás documentos de las condiciones del presente PROCESO DE CONTRATACION y que acepto los requisitos en ellos contenidos.
- Que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley y que no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.
- Que no he sido sancionada mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna Entidad Oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha.
- Que si se me adjudica el contrato, me comprometo a constituir la póliza requerida y a suscribirla dentro de los términos señalados para ello.

Atentamente,


Firma del proponente



Libertad y Orden

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Zabala		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Rodriguez		NOMBRES Sonia Patricia	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 63352474			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 09 MES 04 AÑO 1969 PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER MUNICIPIO BUCARAMANGA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE - MAN V CASA 9 CONCEPCION 2 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO EMAIL jisoan32@hotmail.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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1988

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA 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	2	X			12	2018	
PREGRADO	2	X			03	2016	
PREGRADO	4	X			11	2003	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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
ESPAÑOL			X			X			X

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA INTERNATIONAL				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	09	Año	2020	Día	31	Mes	03	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR GENERAL			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN - CRA 50 82-228						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO DE NIVEL II				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA			MUNICIPIO MAICAO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	28	Mes	09	Año	2017	Día	31	Mes	03	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR GENERAL			DEPENDENCIA ADMI-ASISTENCIAL					DIRECCIÓN - CALLE 16 39BIS-31 VIA RIOHACHA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SOCIEDAD MEDICA DE SANTAMARTA CLINICA EL PRADO				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5432900			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	08	Año	2014	Día	28	Mes	08	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA DE AUDITORIA			DEPENDENCIA AUDITORIA					DIRECCIÓN CARRERA 5 25 46 BARRIO EL PRADO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE EMERGENCIAS LAURA DANIELA				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CESAR			MUNICIPIO VALLEDUPAR					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 58003636			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2012	Día	12	Mes	08	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORA			DEPENDENCIA AUDITORIA					DIRECCIÓN CARRERA 19 14 47 SAN VICENTE VALLEDUPAR						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION OFTAMOLOGICA DE SANTANDER FOSCAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6384160			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	11	Año	1995	Día	19	Mes	06	Año	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIQUIDADORA			DEPENDENCIA FACTURACION					DIRECCIÓN URBANIZAION EL BOSQUE BUCARAMANGA						

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	17	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	17	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 ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Aracely Zabala Rodriguez

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

Sonia patricia Zabala Rodríguez
C.c. 63.352.474

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE

SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ

CC.63.352.474

PARTICIPO EN EL CURSO

AUDITORIA TECNICA

DURACION 151 HORAS

1 / 11
HECTOR ALFONSO MENDOZA DUARTE

COORDINADOR ACADEMICO

Bucaramanga, 13 de Diciembre de 01
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
CENTRO DE FORMACION

SGC2001CP00148 13/12/2001
No. Y FECHA DE REGISTRO

CONSTANCIA DE PARTICIPACION PS-129

Sonia patricia Zabala Rodríguez
C.c. 63.352.474



ACTA DE GRADO
No. y FECHA DE REGISTRO SGC2003CC00035 08/11/2003

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: **SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ** identificada con la Cédula de Ciudadanía No.63.352.474 de Bucaramanga

**CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS
POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL CERTIFICADO DE APTITUD
PROFESIONAL**

AUXILIAR DE FARMACIA Y DROGUERIA

REGISTRO No.SGC2003CC00274

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bucaramanga a los Ocho (8) días del mes de Noviembre de Dos Mil Tres (2003)

ALVARO ENRIQUE LEON FRANCO
JEFE DE CENTRO
CENTRO CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS

Sonia patricia Zabala Rodríguez
C.c. 63.352.474



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER
CLINICA CARLOS ARDILA LULLE



Bucaramanga, Diciembre 19 de 1997.

Señora
SONIA ZABALA RODRIGUEZ
Admisiones
CAL

La jefatura del servicio de Urgencia y la Gerencia Hospitalaria por la presente le enviamos un saludo de felicitación y agradecimiento por la magnífica labor administrativa realizada por usted en la noche anterior para colaborar con la atención de los pacientes del Comité Internacional de la Cruz Roja, son personas con su actitud de servicio y colaboración, las que tanto necesitamos y apreciamos.

Muchas Gracias

MARCELA AVILA JARAMILLO
Gerente Hospitalario

JULIO GARCIA BARCO
Jefe de Urgencias

cc. SUBDIRECTOR MEDICO
JEFE DE ADMISIONES
HOJA DE VIDA

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONFIERE A

SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ

CC.63.352.474

CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL

AUXILIAR DE FARMACIA Y DROGUERIA


ALVARO ENRIQUE LEON FRANCO
JEFE DE CENTRO

Bucaramanga, 8 de Noviembre de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION



CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
CENTRO DE FORMACION

SGC2003CC00274 08/11/2003
No Y FECHA DE REGISTRO

Sonia Patricia Zabala Rodríguez
C.c. 63.352.474

Sonia patricia Zabala Rodríguez
C.c. 63.352.474

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO "REINA DE LA PAZ"
BUCARAMANGA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,
SEGUN RESOLUCION No. 9128 DEL 26 DE OCTUBRE DE 1.976

CONFIERE A

Sonia Patricia Zabala Rodríguez

IDENTIFICADA CON C. C. 63.352.474 - Bucaramanga

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL,
SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.


W. Angulo Cordero, F.I.
RECTOR


Sonia Patricia Zabala Rodríguez, F.I.
SECRETARIA

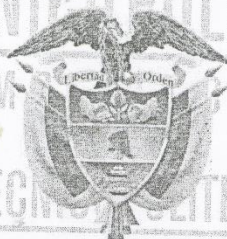
DADO EN BUCARAMANGA; A 26 DE NOVIEMBRE DE 1.988

ANOTADO AL FOLIO. *345* LIBRO DE REGISTRO No. *1.3*

SECRETARIO DE EDUCACION

Lia Gada


EN *Bucaramanga* A. *5* DE *Mayo* DE 1989



REPÚBLICA DE COLOMBIA



Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N° 09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ

Con Documento de Identidad No 63352474

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS

MEDELLÍN - MARZO 18 DE 2016

Con una intensidad horaria de cien (100) horas

Registrado en el Libro de Actas No 0020160318

POLITECNICO
DE COLOMBIA

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 160318A

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo admisiones@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo.

Sonia Patricia Zabala Rodríguez
C.c. 63.352.474

PREVENCION Y ATENCION EN DESASTRES



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER
Clínica Carlos Ardila Lülle
FOSCAL



APOYO DE COINVERSION PARA CAPACITACION
LABORAL Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

*El Convenio FOSCAL - SENA
Certifica que:*

SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ

Asistió al taller

PREVENCION Y ATENCION EN DESASTRES

Intensidad: 25 horas
Bucaramanga, Agosto de 2001

LUZ AMPARO HERNANDEZ DURAN
Jefe Departamento de Gestión Humana

DAVID HERNAN LUNA GOMEZ
Representante Grupo Expositor

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 836763

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION

1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA []	3. RETIRO []	4. CONTROL []	5. POST INCAPACIDAD []
6. REUBICACIÓN []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 05/05/2023	EMPRESA EN MISIÓN: PARTICULARES SO		DOC. IDENTIDAD: CC 63352474
NOMBRE: SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ			EDAD: 54 AÑOS
CARGO: AUDITORA			EPS: SALUD TOTAL
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 1969-04-09	TELÉFONO: 3043442102	
DIRECCIÓN: MZ B CASA 9 CONCEPCIÓN	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 30.83	
PESO: 87 Kg	TALLA: 168 Cm		



SE REALIZÓ EN LOS SIGUIENTES MOMENTOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE PREINGRESO

1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACIÓN	[]	[X]
--	-----	-------

EXAMEN DE FONDOS GENERALES

1. VISUAL []	2. AUDITIVO []	3. RESPIRATORIO []	4. CARDIOVASCULAR []	5. PSICOSOCIAL []	6. ERGONOMICO []	7. OTROS []
---------------	-----------------	---------------------	-----------------------	--------------------	-------------------	--------------

REMISIONES SI [X] NO []	ARL SI [] NO [X]	EPS SI [X] NO []
----------------------------	---------------------	---------------------

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESARROLLAR SU ACTIVIDAD

HABITO VIDA SALUDABLE.
DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORIAS
IMC 30.8 NUTRICIONISTA EPS
EJERCICIOS RECREATIVOS
OSTEOMUSCULAR NORMAL
CARDIOVASCULAR NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICO Y MANIFESTO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPOSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDIENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASÍ COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL QUE LE PRESTO SERVICIO, PARA EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTÁNEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS MISMOS CON LA ENTENDEDORA CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACILITO Y CEDIGO AL PROFESIONAL EN RELACIÓN ESPECIALISTA LA SEGURIDAD Y SALUD LE EL (TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, VIO MALICIA LABORAL DE LA EMPRESA, QUE LE LLAMA A SU CARGO DICHO DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRAN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACIÓN DE MI PARTE O CUANDO MEZC MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015. TODA INFORMACIÓN DE SALUD GOZARA DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 3389 DE 1981, RESOLUCIÓN 2463 DE 2009 Y LOS QUE LOS MODIFIQUEN) Y SOLO SERA USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO, DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACIÓN EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLINICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGUN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMISTRO ES VERDICA Y NO OMITIR NINGUN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE ME OBLIGA EL ARTICULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994.

[Firma de Eduardo Antonio Marino García]
EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA
CC 7473338
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 1591
RS. 2024

[Firma de Sonia Patricia Zabala Rodríguez]
SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ
CC 63352474
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD



**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA
SALUD COLOMBIANA - FUNGESAC**

CERTIFICA:

Que la Sra. **SONIA PATRICIA ZABALA**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 63.352.474 de Bucaramanga, laboro en esta Institución desde el 25 de Agosto del 2016 hasta el 31 de Diciembre de 2018, por medio de Orden de Prestación de Servicio Profesional, desempeñando con excelente rendimiento las siguientes funciones:

- AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS DE LA FACTURACIÓN, RADICADA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en Santa Marta a los Diecinueve (19) días del mes de Enero de 2019.

Atentamente;



IVAN SPENCER BRUGES JACQUÍN
REPRESENTANTE LEGAL
FUNGESAC



Sonia patricia Zabala Rodríguez
C.c. 63.352.474



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER
Clínica Carlos Ardila Lülle



Floridablanca, 19 de Julio de 2005

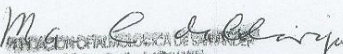
LA JEFE DEL DPTO GESTION HUMANA (E)

CERTIFICA:

Que, SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ identificada con cédula de ciudadanía 63.352.474 de Bucaramanga, laboró en la Institución en el cargo de LIQUIDADORA desde el 15 de Noviembre de 1995 hasta el 19 de Junio de 2005.

Se expide a solicitud de la interesada.

Cordialmente,


MARIA CRISTINA PICON DE CLAVIJO
DPTO. GESTION HUMANA

Andrea V.

FOSCAL

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

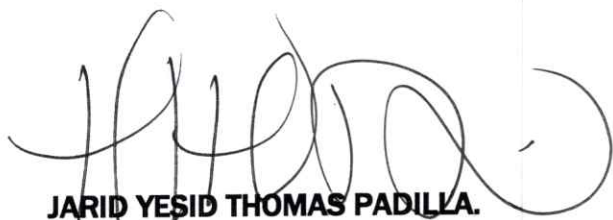
CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora **SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ**, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. **63.352.474** expedida en Bucaramanga (Santander), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"**, los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **CD20232137** fecha 09 de mayo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de mayo al 31 de julio de 2023, por un valor de SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$6.600.000).
2. No. **CD20233298** fecha 04 de agosto de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de agosto al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$4.400.000).
3. No. **CD20234360** de fecha 13 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 13 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$10.800.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN EL AREA DE AUDITORIA EN GLOSAS, DEVOLUCIONES Y FACTURACIÓN EN EL GRUPO DE TRABAJO DE AUDITORÍA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintitrés (23) días del mes de noviembre de 2023.



JARID YESID THOMAS PADILLA.

Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GÓMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

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 63352474 **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 01/12/2023 11:48 AM

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SONIA	PATRICIA	ZABALA	RODRIGUEZ

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="63352474"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="SANTANDER"/>	Municipio <input type="text" value="BUCARAMANGA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="SANTANDER"/>	Municipio <input type="text" value="BUCARAMANGA"/>	

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	<input type="text" value="ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>
Dirección	<input 14="" 23-42="" alcazares"]"="" carrera="" no.="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="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	\$42.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$42.000.000,00

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	\$200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
NO	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	\$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CRÉDITO	\$3.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

SaludTotal.

STAMARTA, DICIEMBRE 1 de 2023

Señora:

ZABALA RODRIGUEZ SONIA

PATRICIA

Ce. 63.352.474

MZ V CASA 9 -CONCEPCION II

Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 29 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Parentesco	Estado-Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado actual	Discapacidad
Zabala Rodriguez Sonia Patricia	63352474	e	Ene-29-2022	Cotizante	vigente			Ninguna

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente



JAVIER CARRENO SANCHEZ
Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ, identificado(a) con C.C 63.352.474, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-15.

Se expide la presente certificación a la fecha 01 de diciembre 2023.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García Gerente
Cuentas y Recaudo Colfondos S.A
Pensiones y Cesantías

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, se identificó que SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ con CC No. 63352474, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante

Contratante: NÍ 891780185 - HOSPITAL
UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Datos de la Relación Laboral

Fecha de última cobertura: 01/06/2023
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE
Fecha de inicio de Contrato: 01/06/2023
Fecha fin de Contrato: 31/08/2023
Clase de Riesgo: 3
Cargo: AUDITOR
Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301017456030.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 01 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

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

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	AUDITORIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ														Sexo															
														M		F	X												
Tipo de Documento						Número				Expedida en				Fecha de Expedición															
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		63.352.474				BUCARAMANGA				09/05/1988											
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación														
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad				Propia		Arrendada		Familia		Rural		Urbano	
				X										X								X				X			
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio								Municipio / Ciudad				Departamento									
09		4		1969		BUCARAMANGA				MANZANA V CASA 9 CONCEPCION 2								SANTA MARTA				MAGDALENA							
Correo Electrónico														No. Celular				Telefono											
JISOAN32@HOTMAIL.COM.														3043442108															
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIU															
Estudiante				Independiente		X		Empleado				Hogar				Jubilado						8		6		9		2	
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU																			
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS										ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO																			

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?									
Dirección de empresa o negocio										Ciudad				Barrio				No. Teléfono							
CARRERA 14 # 23- 42										SANTA MARTA				ALCAZAREZ				4346262							
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?														SI				NO							

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

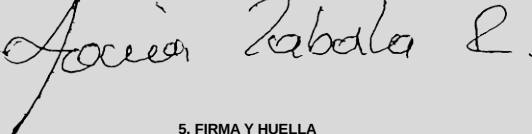
Total Ingresos Mensuales \$ 2.200.000										Total Egresos mensuales \$ 2.200.000																	
Otros Ingresos Mensules										Otros Egresos Mensuales																	
Total Activos \$ 2.200.000										Total Pasivos																	
Mes y año de corte de la información financiera suministra						Mes JULIO				Año 2023				Es declarante?						SI				NO		X	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?																											
NO																											
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?																											
NO																											
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:																											
SERVICIOS PROFESIONALES																											

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: **PRESTACIÓN DESERVICIOS PROFESIONALES** 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 efectuaré 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 documentos o soportes requeridos anualmente.

		
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):		
<div></div>		
<div></div>		
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento		