| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL | CODIGO: GJC12F<br>VERSION: 06<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023<br>PAGINA 1 de 1 |

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Idanis K. Rua Angola, Identificado con Cédula No. 57.299.437 y Profesión enfermera **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:** Idanis K. Rua Angola

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57299437

RUA ANGOLA
APELLIDOS

IDANIS KATHERINE
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ENE-1983
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

17-JUL-2002 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2100100-51115231-F-0057299437-20030527 0138103147A 01 131840936

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 57299437

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 57299437 | RUA | ANGOLA | IDANIS | KATHERINE | 01/09/21 |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El (la) suscrito(a) Idanis Katherine Rua Angola identificado con C.C./C.E./P.P No.57.299.437 expedida en Santa Marta , autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en lostérminos 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, dellegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras seencuentre 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 laLey 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personalespublicada 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 27 del mes de marzo de 2024.

Firma Idanis K. Rúa Angola

Nombre Idanis Katherine Rua Angola

Cédula 57.299.437

COPIA CONTROLADA

## Escritorio

Última Actualización

**OPORTUNIDADES RECIENTES**

No se han encontrado

| 0 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|
| Suscripciones | En edición | Adjudicaciones pendientes | Invitaciones directas |

**ÚLTIMAS OFERTAS**

No se han encontrado

### Sugerencias SECOP




**El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.**
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

**Ya está asociado a una empresa**
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

**Mensaje** Todos

*Sin mensajes...*
Más información .

**Oportun** Recibidas

*Sin oportunidades*
Más información .

Santa Marta, marzo de 2024

***IDANIS RUA ANGOLA***
***C.C. 57.229.437***
***Dirección: Carrera 12 N°15-55 2do piso Barrio Olivo***
***Correo:*** *idanisrua18@hotmail.com*
***Cel:*** 3022137626

Doctor
**German Gaviria Vargas Mosquera**
Gerente ( E )
ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

**ASUNTO**: Oferta de Servicios.

Me dijiro a usted con el fin de presentar mi propuesta y disposición como **ENFERMERA**, para prestar los servicios de proveer cuidados integrales básicos a los usuarios y desarrollarlas actividades bajo supervisión de la enfermera del servicio cumpliendo las políticas institucionales y normas vigentes.
Por lo anterior me comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones específicas derivadas de la oferta y/o aquellas contenidas en los estudios de conveniencia y/u oportunidad de la contratación.

**PLAZO**: Me sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad, de acuerdo a la necesidaddel servicio.

**VALOR Y FORMA DE PAGO:** Los servicios ofrecidos serán por la suma mensual queestime la entidad, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.

**PERFIL**: Adjunto al presente, me permito hacer llegar copia de mi hoja de vida con susrespectivos soportes legales, necesarios para la contratación.

De antemano agradezco su atención prestada.

Cordialmente

Idanis K. Rúa Angola

**Idanis Katherine Rua Angola**
**c.c. 57.299.437**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14838937976

(415)7707212489984(8020) 000001483893797 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 5 7 2 9 9 4 3 7 | 6 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta | 1 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 7 2 9 9 4 3 7 | 2 0 0 2 0 7 1 7 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| RUA | ANGOLA | IDANIS | KATHERINE |

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 B 4 CA 9 URB CURINCA

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| idanisrua18@hotmail.com | | 4 3 9 0 8 9 9 | 3 0 2 2 1 3 7 6 2 5 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 5 1 1 1 7 | | | | | 2 2 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 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 07 - 21 / 12 : 17: 49

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 RUA ANGOLA IDANIS KATHERINE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 12-03-2024 10:20:08AM

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# 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* |
|---|---|---|
| ***RUA*** | ***ANGOLA*** | ***IDANIS KATHERINE*** |

| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* | *SEXO* | *NACIONALIDAD* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| C.C X C.E PAS No. 57.299.437 | F.X M. | COL .X | COLOMBIA |

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE NÚMERO No. D.M.

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: Santa Marta- Magdalena*

FECHA 18/01/1983

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: *Magdalena*

MUNICIPIO *Santa Marta*

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 23 No. 12-55 Br Olivo*

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MADGALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO 3022137625 EMAIL: idanisrua18@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: BACHILLER ACADEMICO* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 X | MES: 12 AÑO: 2000 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),X

**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* | *GRADUAD SI* | *NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO* | *TERMINACIÓN MES* | *AÑO* | | | | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 8 | X | | ENFERMERA | 12 | 2 | 0 | 0 | 5 | 18320 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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

LO HABLA : ()

LO LEE: : ()

LO ESCRIBE: : ()

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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* | 5 | 8 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 6 | 7 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 11 | 15 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento *Santa Marta 12 De marzo del 2024*

Idania K. Ria Angola

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 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*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | *FECHA DE RETIRO* |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | | *DIRECCIÓN* |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA AVIDANTI | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>MADGALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>Katerinecaballero@avidanti.com |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*<br>15/03/2023 | | | *FECHA DE RETIRO*<br>31/10/2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA | *DEPENDENCIA*<br>SALUD | | | *DIRECCIÓN*<br>Cra. 4a #26A-71 |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARENECHE | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS*<br>(605) 4365007 | *FECHA DE INGRESO*<br>10/10/2019 | | | *FECHA DE RETIRO*<br>15/03/2023 |
| CARGO<br>ENFERMERA ASISTENCIAL | *DEPENDENCIA*<br>SALUD | | | *DIRECCIÓN*<br>Cra. 14 #23-42 Alcázares |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA ESIMED | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO*<br>*MAGDALENA* | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS*<br>3003175279 | *FECHA DE INGRESO*<br>16/03/2018 | | | *FECHA DE RETIRO*<br>02/11/2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFEMERA | *DEPENDENCIA*<br>CIRUGIA | | | *DIRECCIÓN* |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>FUNDACION FUNGESAC | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS<br>3014103699 | FECHA DE INGRESO<br>01/09/2017 | | FECHA DE RETIRO<br>31/12/2017 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>REFRENTE DE SALUD PUBLICA | DEPENDENCIA<br>VIGILANCIA SALUD PUBLICA | | DIRECCIÓN<br>CL 3 No. 43-123 piso 4 |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CLINICA PANAMERICANA | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA | MUNICIPIO<br>APRATADÓ | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS<br>3017392799 | FECHA DE INGRESO<br>08/07/2016 | | FECHA DE RETIRO<br>31/01/2017 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ENFERMERA | DEPENDENCIA<br>MEDICINA INTERNA | | DIRECCIÓN<br>ZONA FRANCA DE URABÁ LOTE C |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA CHIGORODO | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA | MUNICIPIO<br>CHIGORODÓ | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>admin@hospitalma.gov.co |
| TELÉFONOS<br>(8253648 | FECHA DE INGRESO<br>16/01/2013 | | FECHA DE RETIRO<br>08/11/2014 |
| CARGO<br>ENFERMERA | DEPENDENCIA<br>URGENCIAS | | DIRECCIÓN<br>CRA 108 A # 101 A -57 |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ASOCIACION SINDICAL MEDICOP | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA | MUNICIPIO<br>CHIGORODÓ | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>apartadsalud@edatel.net.co |
| TELÉFONOS<br>3116205151 | FECHA DE INGRESO<br>01/05/2009 | | FECHA DE RETIRO<br>31/12/2011 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ENFEMERA | DEPENDENCIA<br>URGENCIAS HOSPITALIZACION | | DIRECCIÓN |

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>FUNDESOL TECNOLOGIA MEDICA LTDA | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS<br>3008101437 | FECHA DE INGRESO<br>23/04/2007 | | FECHA DE RETIRO<br>22/10/2007 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ENFERMERA | DEPENDENCIA<br>REFERENTE SALUD PUBLICA | | DIRECCIÓN |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| CARGO | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN |

LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

El

# Instituto Magdalena

DE SANTA MARTA - MAGDALENA

Aprobado por resolución No. 573 del 11 de Noviembre de 1999
de la Secretaría de Educación Distrital

CONFIERE A:

## IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA

Identificado con T. I. No. 12417 de STA. MTA.

El Titulo de

# BACHILLER TECNICO

Especialidad Comercial

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

Rosaiba Lozano Rosado
Rectora

Carmen Escobar Granados
Secretaria

Libro I Folio 040 Acta 003 Año 2000

Dado en Santa Marta, a los 6 dias del mes de Diciembre del 2000

# LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

# Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

## Idanis Katherine Rua Angola

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 57'299.437 DE SANTA MARTA

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

# ENFERMERA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Santa Marta, el día 12 de diciembre de 2005.

DIRECCION DE CALIDAD Y RED DE SERVICIOS

ESTE TITULO SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE INSCRITO

Rector

Rector Honorario

Decano de Facultad

Director Seccional

Secretario General

Registros y Diplomas

No. 18435

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
## A N E C

RESOLUCION No 1838 de ABRIL 15 DE 2008
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13,14 y 15 de la Ley 266 de 1996.

CONSIDERANDO

A) Que, IDANIS KATHERINE PIA ANCOLA Identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 57.299.437, expedida en SANTA MARTA, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Unico Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (ÉL) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro o Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA de SANTA MARTA, expedido el 12 del mes DICIEMBRE de 2005 y registrado a folio No del libro de Diplomas de la Universidad, con lo cual se reúnen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996 en especial el artículo 14 de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, según acta número 303 del 15 de ABRIL de 2.008

RESUELVE

**Artículo Único.** Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermero(a) a IDANIS KATHERINE PIA ANCOLA, al tenor de los artículos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 18320, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

**Parágrafo:** La documentación aportada por el solicitante, en el caso de no ser consistente con la realidad, el Registro y la Tarjeta aquí promulgados, serán anulados oficiosamente, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes.

*NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE*

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 15 días del mes de ABRIL de 2008 en Bogotá, D.C.

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 47

**DEPENDENCIA:** FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PROGRAMA DE** ENFERMERIA

**APROBACIÓN DEL PROGRAMA:** ACTA No.014 SEPTIEMBRE 15 DE 1993

**FECHA:** 12 DE DICIEMBRE DE 2005

**LUGAR:** UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA. SANTA MARTA

**En atención a que** IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA

**con cédula de ciudadanía No.** 57,299,437 **de** SANTA MARTA

**Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de** ENFERMERA

**Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No.** 10 **en sesión del día** 9 **de** NOVIEMBRE **de** 2005

**Para constancia se suscribe por:**

JUAN CARLOS PEREZ SOTO
**Rector**

CESAR PEREZ GARCIA
**Rector Honorario**

ROQUE JULIO MORENO ESTEVEZ
**Secretario General**

JUAN OLIVELLA JACQUIN
**Director Seccional**

FABOUK ZAWADY LEAL
**Decano de la Facultad**

No. 8349

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

**RESOLUCIÓN No. 47** 4444

"Por la cual se registra un título"
**EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

**CONSIDERANDO:**

Que, **IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA,** identificado con cédula de ciudadanía No. 57.299.437, expedida en Santa Marta - Magdalena, ha solicitado el registro de su Título de **ENFERMERA** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA,** de Santa Marta, según Acta de Grado No. 47 Folio 3676 Libro 4 de fecha 12 de Diciembre de 2005.

Que **IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA,** participó en el sorteo de Plazas para el Servicio Social Obligatorio, efectuado en la Secretaria de Desarrollo de la Salud del Departamento del Magdalena, el día 25 de Septiembre de 2006, dando cumplimiento al Acuerdo 002 de 2006 emanado del CONSEJO NACIONAL COORDINADOR DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

Que una vez realizado el sorteo, **IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA** no salió favorecido, quedando exento de prestar el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO UNICO:** Autorizar a **IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA** para ejercer la profesión como **ENFERMERA** en todo el territorio nacional.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 12 FEB. 2007

Secretario

Coordinador

Proyectado por Angélica Restrepo

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

**ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA**
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



**IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA**
C.C. 57.299.437

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
SANTA MARTA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2005-12-12
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RUN / ReTHUS: 2008-04-15

15500

Crear ID.com | 921 9115

**Representante Legal Organización Colegial de Enfermería**

**Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.**

**Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.**

FIRMA DEL PROFESIONAL

# 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

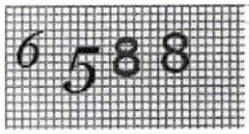
Número de Identificación *

57299437

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6177

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2024-03-12→11:02:33 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 57299437 | IDANIS | KATHERINE | RUA | ANGOLA | 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) IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA identificado(a) con CC 57299437 registra La siguiente información:**

**2024-03-12→11:02:33 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2008-04-15 | | ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC |
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2007-02-12 | 474444 | ORGANIZACION COLEGIAL DE |

CIES

*Consultor Integral En Salud*

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

*Nit. 901059104 Matricula. 668523*

CERTIFICA QUE:

# IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA

Cedula de Ciudadanía N° 57.299.437

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

## PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: 40 HORAS

Otorgado el 5 de Febrero del 2021

Firma y RUT del Instructor

Esp. en Alta Gerencia
T.P. 21220

Mónica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo: mercadeocies@outlook.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974

Código de Verificación: AVVS212990-3091

*Nota:* este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.5.6.8 Decreto 1075 de 2015)

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Consultor Integral en Salud S.A.S

# CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

*Nit. 901059104 Matricula. 668523*

Certifica que:

## IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA

Cedula de ciudadanía N° 57.299.437

Asistió y aprobó el curso de:

## SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO - SVCA /ACLS

Lineamientos de las guías AHA 2020

Con una intensidad horaria de: 25 horas

Otorgado en Santa Marta, el 30 de Septiembre del 2023

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

*Validez 2 Años*

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo: gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 (324)300-3509

Código de Verificación: CSVCA233381-3392

***Nota:*** este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Consultor Integral en Salud S.A.S

# CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

*Nit. 901059104 Matricula. 668523*

Certifica que:

## IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA

Cedula de ciudadanía N° 57.299.437

Asistió y aprobó el curso de:

## SOPORTE VITAL BÁSICO – SVB/BLS

## REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR -RCP

Lineamientos de las guías AHA 2020

Con una intensidad horaria de: 25 horas

Otorgado en Santa Marta, el 30 de Septiembre del 2023

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31129

*Validez 2 Años*

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo: gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 324-800-3509

Código de Verificación: CSVBR2321581-3292

*Nota:* este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

CIES

*Consultor Integral En Salud*

# CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

*Nit. 901059104 Matricula. 668523*

CERTIFICA QUE:

# IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA

Cedula de Ciudadanía N° 57.299.437

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE CRIMENES CON ÁCIDO
## MANEJO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: 40 HORAS

Otorgado el 6 de Febrero del 2021

Firma y RUN del Instructor
Enfermera U. Simón Bolivar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo:
mercadeocies@outlook.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974

**Código de Verificación: AIVC212478-699**

***Nota:*** este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

*República de Colombia*

*Departamento del Magdalena*

**CORPORACION EDUCATIVA**

# INSALUD

**¡ Un Nuevo Concepto en Educación !**

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999 y con registro de programa según resolución No. 0859 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

*Teniendo en cuenta que.*

## IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA

***IDENTIFICADO (A) CON C.C. 57.299.437***

**Aprobó los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:**

## *Atencion Integral Para la Gestion del Duelo*

**Con una intensidad total de 12 horas, virtuales.**

**Dado en Santa Marta, a los 08 Días del mes de Marzo del 2021.**

**Director**

**Coordinador**



# PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

PAISOFT 2.7.3 (2012.01.16)
ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - CHIGORODÓ
CARNÉ DE VACUNACIÓN



| | | | |
|---|---|---|---|
| **IDENTIFICACION** | CC 57299437 | | |
| **NOMBRE** | IDANIS | RUA | ANGOLA |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | 1983/01/18 | | |
| **DIRECCION** | | | |
| **TELEFONO(S)** | | | |

**VACUNAS PAI**

| VACUNA | | APLICACION | | FECHA | LOTE |
|---|---|---|---|---|---|
| VI0415 | ANTIGRIPAL (INFLUENZA) | | | | |
| | | DOSIS | 1 | 2009/07/24 | |
| TD0002 | Td (Adultos) | | | | |
| | | DOSIS | 1 | 2012/09/07 | |
| BA0370 | TT (Tétanos) | | | | |
| | | DOSIS | 1 | 2012/09/07 | |

| VACUNA | | APLICACION | | FECHA | LOTE |
|---|---|---|---|---|---|
| BA0329 | DIFTERIA (Sola) | | | | |
| | | DOSIS | 1 | 2012/09/07 | |

Firma del Responsable

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 57299437 **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 28/03/2024 11:57 AM

Código Verificación: **G9QP57CULD**

Válida hasta: **26/06/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

Powered by CamScanner

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

**Conservelo**

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Instituto Nacional de Salud

Libertad y Orden

## Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | DANYS KATHERINE |
| Apellidos | RUA ANGOLA |
| Documento de Identidad: | CC [X] TI [ ] PAGA PORTE [ ] No. 57299437 |
| Fecha de Nacimiento: | Día: 18 Mes: 01 Año: 1983 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | 26/01/2003 | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 22/03/03 | | |
| | 2 | 21/04/2003 | | |
| | 3 | 25/09/2003 | Sanofi Pasteur | |
| | 4 | 21/03/2004 | | |
| | 5 | 24/03/2005 | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 24/03/2005 | | |
| | 2 | 25/03/2005 | | |
| | 3 | 24/03/2005 | Sanofi Pasteur | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 22/01/03 | | | |
| | 26/10/2003 | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 | 2023-03-16 15:35 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| IDANIS | KATHERINE | RUA | ANGOLA |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 57299437 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |

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

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | 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 |
|---|---|
| TOTAL | $31.900.000,00 |

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

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

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

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

## 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

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]

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

## 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:

| |
|---|
| |

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA identificado(a) con CC 57299437 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **10/01/2024** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 12 días del mes de marzo del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**
Nueva EPS S.A

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **IDANIS KATHERINE RUA ANGOLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57299437,** se encuentra afiliado/a desde **04/06/2007** 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 12 de marzo de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**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<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| Santa Marta | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Idanis K. Ria Angola. | Sexo: M [ ] F [X]

| Tipo de Documento | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|
| C.C. [X] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ] | 57299437 | Santa Marta | 17 / Julio / 2002 |

| 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 | 3 | | X | | | X |

| Fecha nacimiento | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| 18 / 01 / 1983 | Santa Marta | Cra 23 # 12-55, 2do piso B. olivo | Santa Marta | Magdalena |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| | | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| | |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

| Nombres y Apellidos del Representante Legal | Tipo de Documento | Número |
|---|---|---|
| | C.C. [ ] P.P [ ] | |

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | Cargo |
|---|---|---|
| | Publica [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual? | |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales | | | Total Egresos mensules | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensules | | | Otros Egresos Mensuales | | | | |
| Total Activos | | | Total Pasivos | | | | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes | Año | Es declarante? | SI [ ] | NO [ ] | | |

| Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? |
|---|
| Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? |
| Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: |

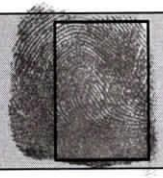
## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

Idanis K. Ria Angola



## 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**