HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO	CODIGO: GJC16F VERSION: 06 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Valery Alexandra Suarez Palomino., Identificado con Cédula No. 1092343374. y Profesión Contador Público **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	✓	
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sijl.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	✓	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	✓	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual).**		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)**	✓	
16	Soporte de experiencia laboral.	✓	
17	Certificado Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	✓	
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)**	✓	
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
21	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	

ANULADA

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

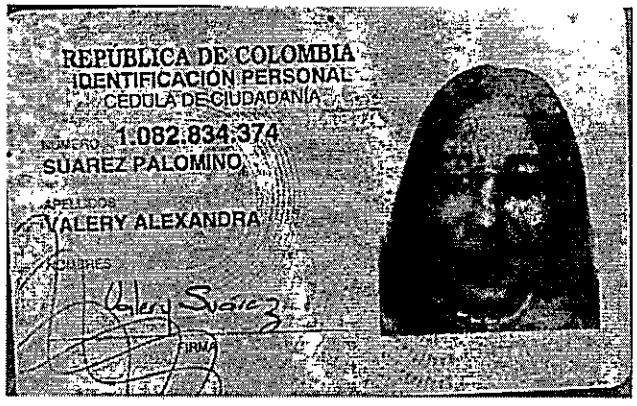
Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082834374**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082834374	SUAREZ	PALOMINO	VALERY	ALEXANDRA	2024-03-26, 5:55 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.082.834.374
SUAREZ PALOMINO
APELLIDOS
VALERY ALEXANDRA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-2002
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
24-NOV-2020 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
I<COL1082834374<8<<<<
8501038853

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 15:06:13 valery suarez

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualización

0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes

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 .

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

El(la) suscrito(a) **VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1.082.834.374** expedida en **SANTA MARTA - MAGDALENA**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el en mes de MARZO de 2024.

Firma _____

Nombre VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO

Cédula 1.082.834.374

Santa marta D.T.C.H,18 de marzo de 2024

Señores:
Empresa Social del Estado
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Yo **VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO** identificado con la cedula de ciudadanía N.º **1.083.030.435** de Santa Martá - Magdalena, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios como **FACTURACIÓN MEDICA.** Con alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmado las metas y objetivos encomendados por la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias dando apoyo administrativo, donde lo requiera el ente.

Agradeciendo su amable colaboración.

Cordialmente,

Valery Suarez Palomino
CC: 1.082.834.374 de Santa Marta
DIRECCION: MAZ 4 CASA 240 CIUDAD EQUIDAD
TEL:3052761832
CORREO ELECTRONICO: suarezvalery3@gmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141003271759

(415)7707212489984(8020) 000014100327175 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 8 3 4 3 7 4	8	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	9

IDENTIFICACIÓN

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

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
SUAREZ	PALOMINO	VALERY	ALEXANDRA

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 CA 240 URB CIUDAD EQUIDAD

42. Correo electrónico: suarezvalery3@gmail.com

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

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 2 9 9	2 0 2 4 0 4 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha: 2024 - 04 - 01 / 12 : 51: 00

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:

Valery Suarez Palomino.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SANCHEZ PINEDO ANTONIO JOSE

985. Cargo Gestor I

DOCUMENTO CLIENTE IDENTIFICADO SIN COSTO

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
Suarez	Palomino	Valery Suárez

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1082834374

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 12 MES 10 AÑO 2002

PAÍS Colombia

DEPTO Magdalena.

MUNICIPIO Santa Marta.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Mz 4 casa 240 Ciudad equidad

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena.

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO 3052767832 EMAIL Suarezvalery@gma[illegible].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										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller técnico

FECHA DE GRADO: MES 11 AÑO 2018

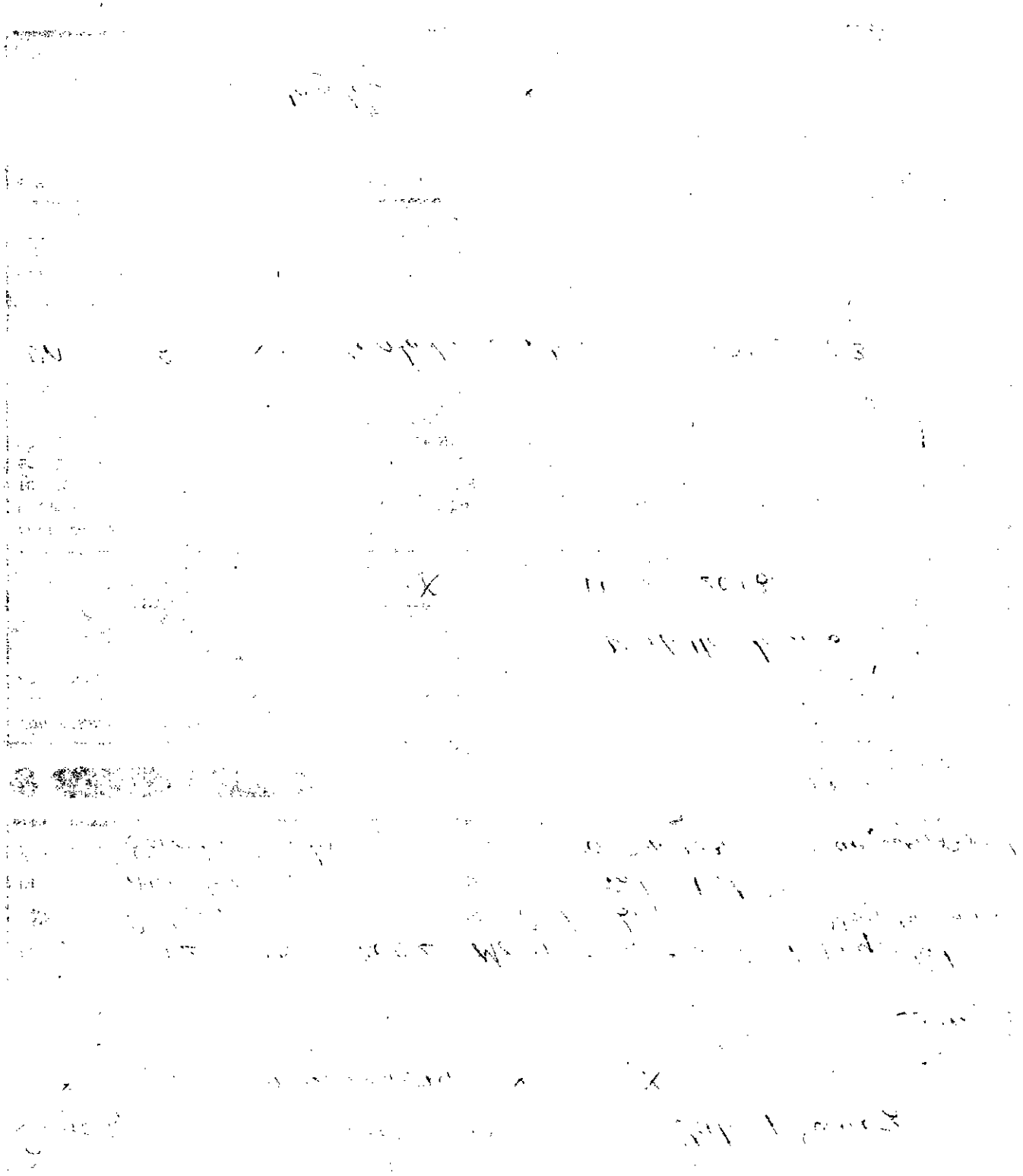
EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	NO. DE TARJETA PROFESIONAL
Un.	8	X		Contador público	09	2023	

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ingles.		X							



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
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Multicentro Mayork		X	Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta.	Yancly2019@gma.l.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3016281808	DÍA 01 MES 11 AÑO 2021	DÍA 31 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux contable y administrativo.	administrativo.	M20 local 1 Barrio Garagra

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Comercializadora Carnica.		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta.	Recursoshumanos@grupolancon.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4365131.	DÍA 30 MES 05 AÑO 2019.	DÍA 01 MES 11 AÑO 2019.

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
auxiliar contable.	administrativo	Centro ganadero Cerro.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 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 Santa Marta. 26 de Marzo de 2024.

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

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE LA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "LAURA VICUÑA"

DEL DISTRITO TURISTICO CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA – MAGDALENA

Aprobada por la Secretaría de Educación del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, según resolución No. 1044 del 23 de julio de 2018, y Certificada por el Modelo Europeo de Excelencia Educativa E.F.Q.M.

CONFIERE A:

Valery Alexandra Suarez Palomino

Identificada con T.I. No. 1.082.834.374 Expedida en Santa Marta

EL TITULO DE

BACHILLER TÉCNICO

CON ESPECIALIDAD EN COMERCIO
AUXILIAR DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE OPERACIONES CONTABLES

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional.

REYES CEBALLOS DIAZ
RECTORA

Este Diploma no requiere de registro en la Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)
Anotado en el control interno del plantel en el Libro No. 002
Folio 199 Diploma 081 Acta No. 080 (bis) del 30/11/2018

Dado en Santa Marta, a los 30 días del mes de Noviembre de 2018.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "LAURA VICUÑA"
CERTIFICADA EN II NIVEL COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA, C2E MODELO E.F.Q.M.
Aprobado mediante Resolución No 1044 del 23 de Julio del 2018.
Educación Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria, Media Académica y Técnica
NIT 891.780.237-7 Registro DANE 147001-000307

EFQM
Committed to excellence
2 star · 2015

ACTA DE GRADO

Acta N° 080 (Bis) Libro 002 Folio 198 del 30/11/2018

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "LAURA VICUÑA"

CONSIDERANDO QUE:

Valery Alexandra Suarez Palomino

Identificada con T.I. 1082834374 Expedida en Santa Marta

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la institución, resuelve otorgarle el título de

BACHILLER TÉCNICO
CON ESPECIALIDAD EN COMERCIO
AUXILIAR DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE OPERACIONES CONTABLES

En constancia de lo anterior se firma la presente en SANTA MARTA a los 30 días del mes de noviembre 2018

Reyes Isabel Ceballos Díaz
Rectora

E-mail: iedlaurista@hotmail.co
Tel: 4215939 .- 4316979
iedlaurista@gmail.com
Carrera 12 N° 9-04 Miraflores

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO

Con Tarjeta de Identidad No. 1082834374

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN
CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Santa Marta, a los dieciseis (16) días del mes de noviembre de dos mil dieciocho (2018).

Firmado Digitalmente por
EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
Subdirector CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

43158145 - 16/11/2018
No y FECHA REGISTRO

REGIONAL MAGDALENA
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 43158145 - 16/11/2018

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO, Con Tarjeta de Identidad No. 1082834374

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS

En constancia de lo anterior se firma la presente en Santa Marta, a los dieciseis (16) días del mes de noviembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
Subdirector CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO

Con Tarjeta de Identidad No. 1.082.834.374

Cursó y aprobó la acción de Formación

SERVICIO AL CLIENTE

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los veintiseis (26) días del mes de marzo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
Subdirector
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

51460877 - 26/03/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9529001651892TI1082834374C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 de 17 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO

con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.834.374 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

CONTADORA PÚBLICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 15 de septiembre de 2023
Libro de Registros No. 0070420231 Folio No. 042 Registro No. 0418
Refrendado en Santa Marta el día 14 de septiembre de 2023

Director (a) Sede

Rector (a)

Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Julio Atanasio Linero Teran

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-4667-2023

PROGRAMA: CONTADURÍA PÚBLICA

CODIGO SNIES: 1630

FECHA GRADO: 15 DE SEPTIEMBRE DE 2023

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO con Cédula de Ciudadanía No 1.082.834.374 de Santa Marta cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: CONTADORA PÚBLICA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 018 en sesión del día 14 de agosto de 2023.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDON RANGEL

Director(a) de Campus: ADRIANA SANTARELLI FRANCO

Decano(a) facultad: MARTA ELIANA GOMEZ SANTRICH

Secretario (a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 15 DE SEPTIEMBRE DE 2023

Gloria Patricia Rave I.

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

porvenir

Fondo de Pensiones Obligatorias

Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

Nº 23524329

23524329

FRZZDDAA | Ciudad: Santa Marta | Fecha de Solicitud de Afiliación: 20 A M M D L

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con una X si el solicitante va a cotizar por primera vez, y no ha estado afiliado nunca a una Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) o Caja de Prevision Social y desea vincularse a Porvenir. Pensiones Obligatorias.

Traslado de Fondos de Pensiones (AFP)
(Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias
Entidad de Origen ____ Pensión Familiar
Entidad de Destino

Traslado de Régimen
Marque con una X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones, o caja de Previsión Social, durante más de 5 años, y desea vincularse a Porvenir.
Entidad Origen
Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Expedición del Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Género	Es Pensionado (Jubilado)
C.C / T.I C.E PAS R.C C.D PT	1082834374	2020 A M D	Santa Marta	M F / NB T	SI NO /

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres
JUAREZ	PALOMINO	VALERY	ALEXANDRA

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad
2002 10 10	Santa Marta	Colombiana / Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad/Municipio
Mz 4 Casa 240	ciudad equidad	Santa Marta

Departamento	N° de Teléfono Fijo	N° de Teléfono Celular	Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular.
Magdalena		3052961832	SI / NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail)

Dirección Laboral	Ciudad	Departamento	N° de Teléfono

4. Datos Empleador e información del Vínculo Laboral

Tipo de Trabajador	Ocupación o Cargo Actual	Salario o Ingreso Mensual
Dependiente / Independiente Contratista / Independiente Voluntario	INDEPENDIENTE	$

Tipo de Documento	N° de Documento de Identidad	Nombre y/o Razón Social
NIT C.C / C.E PAS T.I PT	1082834374	VALERY JUAREZ

Ciudad	Dirección Empleador	Departamento	Teléfono(s)
Santa Marta		Magdalena	

Envío de Notificación: Sucursal Principal / Sucursal Ciudad

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				

"Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido" "Los beneficiarios relacionados serán válidos de acuerdo con las normas legales vigentes".

6. Bono Pensional

El Bono Pensional representa el valor de las cotizaciones realizadas con anterioridad a su afiliación al Régimen de Ahorro Individual, a entidades como Colpensiones (antes Instituto de seguros sociales. Siempre y cuando haya cotizado un mínimo de 150 semanas), y/o cajas o fondos de previsión del sector público, privado, y empleadores que asumían su propio pasivo Pensional.
Por favor indique en la siguiente casilla, si usted cumple alguna de las condiciones aquí descritas. SI___NO_/_ Entidad a la cual realizó sus cotizaciones para pensión:_____

7. Síntesis de la asesoría recibida en el proceso de afiliación y que se encuentra contenida al respaldo del presente formulario de vinculación.

Manifiesto que de manera previa al diligenciamiento de este formulario, fui asesorado (a) de forma clara, oportuna y adecuada, en relación con: i) Los requisitos de mi afiliación al fondo de pensiones obligatorias administrado por Porvenir S.A., ii) Características y diferencias entre cada uno de los régimen pensionales, iii) Requisitos de acceso y forma de liquidación de las pensiones a cargo del Sistema General de Pensiones, iv) Información del programa de beneficios económicos periódicos, BEPS, v) Información del esquema Multifondos vi) Personas excluidas del Régimen de ahorro individual con solidaridad vii) Regímenes pensionales especiales y exceptuados viii) Términos mínimos de permanencia para trasladarme de fondo de pensiones ix) Términos mínimos de permanencia para traslado de régimen pensional x) Convenios internacionales de seguridad social xi) Características y cobertura del régimen de transición xii) Facultad y término para retractarme de esta afiliación.

Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir S.A. conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de vinculación o traslado al régimen de ahorro individual.

- **Anexo fotocopia de mi documento de Identidad ampliada al 150% en blanco y negro**

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones te notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto, (Decreto 1813 de 2020).

9. Espacio reservado para el empleador

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

10. Voluntad de Selección y afiliación

Hago constar que la seleccion del Régimen de Ahorro Individual la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PORVENIR S.A. para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

Con la firma de este formulario expreso mi consentimiento informado en la afiliación al fondo de pensiones obligatorias PORVENIR S.A.

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

ESPACIO PARA HUELLA

11. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor:

No. de Identificación del Promotor:

Promotor:

Firma autorizada del Representante Legal

dispapeles 63201

Para información a cerca del diligenciamiento del formulario escanee el código QR

Nº 23524329

Empleador/Pensiones Obligatorias

pensiones obligatorias

Preimpreso Nº 23524329

porvenir
sólo hay uno

Todo lo que debes saber sobre **Pensión Obligatoria**



Para ampliar la información, escanea el código Q.R.

Para Porvenir es importante darte a conocer que la finalidad de los aportes pensionales incrementados por los rendimientos financieros generados por el fondo de pensiones y el bono pensional (cuando se tiene derecho a este), son fundamentales en la construcción de la pensión. A continuación te presentamos un resumen de la asesoría brindada en el proceso de afiliación:

1.Requisitos a tener en cuenta en el proceso de afiliación:

Afiliación obligatoria: prevista para los trabajadores vinculados mediante un contrato laboral, trabajadores independientes y los grupos de población que por sus características o condiciones socio-económicas sean elegidos para ser beneficiarios de subsidios a través del Fondo de Solidaridad Pensional.

Afiliación voluntaria: personas naturales residentes en el país y colombianos domiciliados en el exterior, que no tengan la calidad de afiliados obligatorios y que no se encuentren expresamente excluidos por la Ley 100 de 1993; extranjeros que en virtud de un contrato de trabajo permanezcan en el país y no estén cubiertos por algún régimen de su país de origen o de cualquier otro.

2.Características y diferencias de los regímenes pensionales.

¿Cuantas semanas requiero para mi pensión de vejez?	Porvenir 1.150	Colpensiones 1.300
¿Puedo pensionarme anticipadamente?	✔	✖
¿Puedo mejorar el monto de mi pensión?	✔	✖
¿Puedo seleccionar la modalidad de pensión?	✔	✔
¿Me devuelven el 100% de mis aportes pensionales, rendimientos y bono pensional?	✔	✖
¿Mi ahorro pensional podría ser heredable?	✔	✖
¿Puedo obtener pensión y que me entreguen una parte de mi ahorro?	✔	✖

3.Requisitos de acceso y formas de liquidación de las pensiones a cargo del Sistema General de Pensiones.

Fondo de Pensiones como Porvenir	Colpensiones
1.150 semanas cotizadas + 57 años / 62 años	1.300 semanas cotizadas + 57 años / 62 años
ó	
También podrás obtener tu pensión antes de la edad al tener ahorros que permitan una mensualidad del 110% del salario mínimo	

4. Beneficios económicos Periódicos BEPS, Pensión Familiar y Devolución de saldos.

Si no cumples los requisitos para pensión podrás acceder a los siguientes beneficios:

a.BEPS.
Ingreso que se otorga en favor de los trabajadores que no reúnen requisitos para pensionarse por vejez, el cual se reconoce cada dos meses con cargo al ahorro realizado y al incentivo otorgado por el Gobierno Nacional.

b.Pensión familiar.
Prestación económica que se construye con la suma del ahorro pensional o de las semanas cotizadas por cada uno de los cónyuges o compañeros permanentes.

c.Devolución de saldos.
Prestación económica consistente en la devolución del 100% de los aportes realizados, incrementados con rendimientos financieros y bono pensional (cuando a este se tiene derecho) en favor de los afiliados a un fondo de pensiones que no logran cumplir requisitos para acceder a una pensión.

5. Esquema de Multifondos.

Con tu afiliación a Porvenir, podrás seleccionar el tipo de fondo en el que será administrado tu ahorro pensional.

1. **Fondo de Mayor Riesgo,** dirigido a afiliados con una alta tolerancia al riesgo, que se encuentran lejos de la edad proyectada para pensionarse y están dispuestas a asumir una mayor volatilidad en los rendimientos.
2. **Fondo Moderado,** dirigido a afiliados con perfil de riesgo medio o que se encuentran en la parte intermedia de su vida laboral. Procura el mejor retorno posible con moderada exposición al riesgo.
3. **Fondo Conservador,** dirigido a afiliados próximos a pensionarse, o que tienen un perfil de riesgo bajo, su objetivo es preservar el ahorro construido durante la vida laboral.

6.Términos mínimos de permanencia para trasladarse de fondo de pensiones.

Fondos de Pensiones (Skandia, Protección o Colfondos) ⟨ hacia o viceversa — Cada 6 meses ⟩ Fondo de Pensión como Porvenir

Colpensiones ⟨ hacia o viceversa — Cada 5 años ⟩ Fondo de Pensión como Porvenir

Luego de recibir doble asesoría por parte de los dos regímenes.

El traslado se podrá realizar antes de encontrarte a menos de 10 años de cumplir tu edad de pensión de vejez, es decir, antes de los 47 años mujer y 52 años hombre.

7. Convenios internacionales de Seguridad Social suscritos por Colombia:

• España • Chile • Bolivia • Salvador • Argentina • República Dominicana • Uruguay • Paraguay • Portugal • Ecuador • Perú • Brasil • El Salvador

Los aportes pensionales realizados en los países con los cuales existe convenio, podrán ser tenidos en cuenta en el cumplimiento de requisitos para el acceso a la pensión.

8.Características y cobertura del régimen de transición:

Hacen parte las personas que al momento de la entrada en vigencia del Sistema General de Pensiones es decir al 01 de abril del año 1994, según lo establecido en la Ley 100 de 1993, cuenten con 15 o más años de servicio laborados o cotizados, o 35 años de edad si son mujeres, y 40 o más años de edad si son hombres.

9.Facultad y término para retractarme de esta afiliación.

Podrás retractarte de tu afiliación dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que Porvenir te haya informado de la aceptación de la afiliación o traslado por medio físico, o electrónico.

1.Ingresa a www.porvenir.com.co
2.Haz clic en Canales de Servicio / Ventanilla Virtual
3.Haz clic en Contáctanos y diligencia los campos e incluyendo
firmada donde solicites desistir del proceso de vinculación
a Porvenir.

Causales de exclusión del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad: Pensionados por Invalidez por el Instituto de Seguros Sociales o por cualquier caja o fondo
al entrar en vigencia el sistema tuvieren 55 años o más, si son hombres, o 50 años o más, si son mujeres, salvo que decidan cotizar por lo menos quinientas (500) se

Regímenes pensionales especiales y exceptuados: Fuerzas Militares, Policía Nacional, personal civil que al 1 de abril de 1994 se encontraban vinculados al ministe
Penal Militar, miembros no remunerados de las corporaciones públicas, afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, trabajadores de empresas
preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo

Confirmo que he recibido la asesoría para realizar mi afiliación a Pensión Obligatoria en Porve
Apellidos y Nombres Fe

Tipo de Documento
C.C. T.I. C.E. PAS. C.D. P.T. R.C.

Número de Documento

AGO 23 F-01-AF-CR-01 V.5.0

AGO 23 F-01-AF-CR-01 V.5.0

Firma de

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Gerencia de Mercadeo Junio 23 /v1.0

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 1026013

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. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE



FECHA: 27/03/2024	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES SO		
NOMBRE: VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO		DOC. IDENTIDAD: CC 1082834374	
CARGO: AUX CONTALBLE		EDAD: 21 AÑOS	
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 2002-10-12	EPS: OTRA NO ESPECIFICADA	
DIRECCIÓN: MZ 4 CS 240 CIUDAD EQUIDAD		TELEFONO: 3052761832	
PESO: 54 Kg	TALLA: 157 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 21.91

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE PREINGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[ ]	[X]
2. ENFASIS OSTEOMUSCULAR APTO	[X]	[ ]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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

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

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

IMPLEMENTAR RUTINAS DE PAUSAS ACTIVAS DENTRO DE LA JORNADA LABORAL QUE AYUDAN A PREVENIR EL ESTRES LABORAL,SOBRECARGO MENTAL,LA FATIGA LABORAL,FATIGA VISUAL Y AUDITIVA PARA PREVENIR TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES Y OTROS FACTORES ASOCIADOS(PROVENIENTE DE EQUIPOS DE TRABAJO COMO: IMPRESORAS, VENTILADORES, FOTOCOPIADORAS, EQUIPOS DE CLIMATIZACIÓN, RADIOS Y CONVERSACIONES,ILUMINACIÓN INADECUADA, EXCESIVA, Y/O DEFICIENTE, CONDICIONES TÉRMICAS (TEMPERATURA, HUMEDAD, VELOCIDAD DEL VIENTO,EL CLIMA LABORAL, LAS CONDICIONES DE LA TAREA, LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, LA ORGANIZACIÓN HORARIA, LA GESTIÓN DE PERSONAL, LAS CARACTERISTICAS DE LA PERSONA, LAS RELACIONES INTERPERSONALES.FACTORES QUE INVOLUCRAN CONDICIONES PELIGROSAS ORIGINADAS EN UN MECANISMO, EQUIPO, OBJETO O INSTALACIONES QUE AL ENTRAR EN CONTACTO CON EL TRABAJADOR PUEDEN PROVOCAR UN DAÑO FÍSICO DE ACUERDO CON LA INTENSIDAD Y EL TIEMPO DE CONTACTO.PUEDEN SER: DE ORIGEN ELÉCTRICO, MECÁNICO,MANEJO DE ELEMENTOS CORTO PUNZANTES Y LOCATIVOS O ARQUITECTÓNICOS (ESTRUCTURAS E INSTALACIONES, PISOS, ESCALERAS, BARANDAS, MUROS, PUERTAS, VENTANAS Y TECHOS DEFECTUOSOS O EN MAL ESTADO, FALTA DE ORDEN Y ASEO, SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN DE ÁREAS DEFICIENTE, DISTRIBUCIÓN INADECUADA DE ÁREAS DE TRABAJO),PERMANENCIA PROLONGADA EN POSICIÓN DE SENTADO O PARADO SEGÚN LOS REQUERIMIENTOS DEL PUESTO DE TRABAJO, POSTURAS INADECUADAS, EL USO PROLONGADO DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN, CARGA MENTAL ALTA, QUE A LA LARGA PUEDEN CAUSAR DISCONFORT, FATIGA, ESTRÉS O LESIONES MUSCULO ESQUELÉTICAS EN LOS TRABAJADORES.TODOS ELLOS SE PUEDEN ENCONTRAR EN UN AMBIENTE DE TRABAJO DE OFICINA).

EN LAS ACTIVIDADES DE TIPO ADMINISTRATIVAS SE PUEDEN ENCONTRAR UNA DIVERSIDAD DE FACTORES DE RIESGOS,QUE SI BIEN NO REPRESENTAN RIESGOS GRAVES PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD DE LOS TRABAJADORES,REQUIEREN SER EVALUADOS Y CONTROLADOS,ESTABLECIENDOSE LAS MEDIDAS DE PREVENCION NECESARIAS PARA OPTIMIZAR LOS ESPACIOS DE TRABAJO,ILUMINACIÓN ADECUADA,CONFORT ACUSTICO Y TERMICO,ETC PARA LOGRAR UNA ERGONOMIA E HIGIENE POSTURAL ADECUADA Y CONTAR CON UN ESPACIO SALUDABLE DE TRABAJO.
SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE SVE EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD, AVISOS Y SEÑALES DE SEGURIDAD. SIGUIENDO LAS NORMAS Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD DENTRO DE LAS INSTALACIONES PARA GARANTIZAR AMBIENTES SEGUROS DE TRABAJO.
RECOMENDACIONES HIGIENE VISUAL, ERGONOMÍA VISUAL CONTRIBUYEN A TENER UN MEJOR RENDIMIENTO Y UNA MENOR FATIGA VISUAL.DESCANSA DE LA PANTALLA,TUS OJOS TAMBIÉN SON MUY IMPORTANTES Y NECESITAN DESCANSO DE FORMA PERIÓDICA. CADA 30 MINUTOS, RETIRA TU VISTA DE LA PANTALLA Y MIRA A OTROS OBJETOS COMO UNA VENTANA, UN RELOJ, UN ESCRITORIO O UNA PUERTA. ESTO AYUDA A PROMOVER EL MOVIMIENTO OCULAR Y DISMINUIR LAS PROBABILIDADES DE IRRITACIÓN DE LOS OJOS Y DOLORES DE CABEZA. TAMBIÉN ES MUY IMPORTANTE TENER LA PANTALLA COLOCADA DE FORMA QUE NUESTRO CUELLO SE MANTENGA RECTO.
SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / SIPEDESTACIÓN,PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA,SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTULARES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS,SE RECOMIENDA HACER CAMBIOS FRECUENTES DE ACTIVIDAD PARA DEJAR DESCANSAR LOS GRUPOS MUSCULARES DE LAS MANOS Y LOS ANTEBRAZOS, HACER EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS CON LOS ANTEBRAZOS, MANOS Y DEDOS ANTES Y DESPUÉS DE INICIAR TAREAS DONDE SE UTILICEN LOS MIEMBROS SUPERIORES.

PREVENCION DE EXPOSICION A FACTORES DE RIESGOS:
INCORPORAR POLÍTICAS Y PROGRAMAS QUE PROMUEVAN Y APOYEN ESPACIOS AMIGABLE PARA EL BIENESTAR Y LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO.PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES QUE FORTALEZCAN LOS VÍNCULOS SOCIALES,DESARROLLO Y SOCIALIZACIÓN DE GUÍAS Y PROTOCOLOS PREVENTIVOS Y DE MANEJO DE SITUACIONES Y CASOS ESPECÍFICOS EN EL CONTEXTO LABORAL.
CAPACITAR EN LA PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR.

DE CAIDAS A DIFERENTE NIVEL.
CAIDAS A MISMO NIVEL.
MANTENER LAS ZONAS DE TRABAJO LIBRES DE OBJETOS Y OBSTÁCULOS.
PROMOVER EL AUTOCUIDADO Y AUTOREPORTE(IDENTIFICAR LOS AGENTES DE RIESGO PRESENTES EN SU LUGAR DE TRABAJO E INFORMAR SOBRE ELLOS AL RESPONSABLE DE LA SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA).

CORTES/GOLPES POR HERRAMIENTAS MANUALES.

CONTROL PERIODICO ANUAL POR OPTOMETRIA EPS.-

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICO Y MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPOSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 1026013

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. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

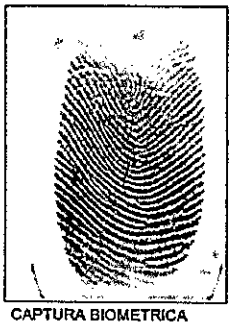
FECHA: 27/03/2024	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES SO		
NOMBRE: VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO		DOC. IDENTIDAD: CC 1082834374	
CARGO: AUX CONTALBLE			EDAD: 21 AÑOS
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 2002-10-12	EPS: OTRA NO ESPECIFICADA	
DIRECCIÓN: MZ 4 CS 240 CIUDAD EQUIDAD		TELEFONO: 3052761832	
PESO: 54 Kg	TALLA: 157 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 21.91



CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASI COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCION Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE SUS RIESGOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACION DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACULTO Y OBLIGO AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, YO MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRA A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRAN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACION DE MI PARTE O CUANDO MEDIE 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 INFORMACION DE SALUD GOZARA DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 3380 DE 1981, RESOLUCION 2463 DE 2008 Y LOS QUE LOS MODIFIQUEN) Y SOLO SERA USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO. DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACION EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACION EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLINICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGUN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACION QUE SUMINISTRO ES VERIDICA Y NO OMITIR NINGUN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE ME OBLIGA EL ARTICULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994.

ISSAC HUBERTO JIMENEZ ARZUZA
CC 72172784
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 4716-03
RS. SO: 5398-16

VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO
CC 1082834374
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD



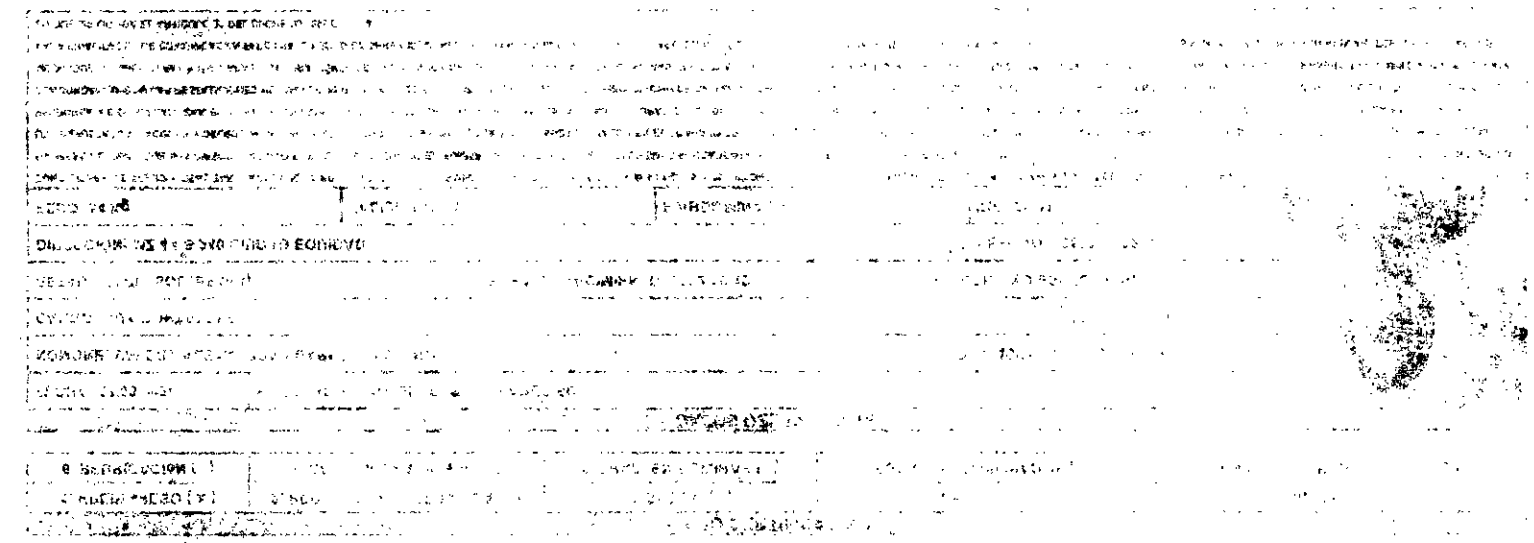
CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA
CARRERA 5 N 26B-23 3187117423

Imprimió: YULEISY KARINA GREGORY ZUÑIGA

Fecha de Impresión: 27/03/2024 - 07:38

SOFTWARE: SIIS SIIS v.2.0- Tel: +57 310 4674735



COMERCIALIZADORA CARNICA
NIT. 85.466.820-2

FRIGORODEO
Matadero Clase 1 Tipo Exportacion
Solo carnes maduradas de novillo

EL SUSCRITO JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que la estudiante **VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO**, identificada con la Tarjeta de Identidad N° **1.082.834.374** expedida en Santa Marta (Magdalena), perteneciente al programa **TECNICO EN CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS**, en virtud del convenio I.E.D Laura Vicuña – SENA, realizo cuatrocientas cuarenta horas (440) de prácticas laborales en dicha empresa en un periodo comprendido entre el día 30 de Mayo de 2018 hasta el día 01 de Noviembre del 2018.

Se expide en la ciudad de Santa Marta, a solicitud del interesado, el día jueves, 01 de noviembre de 2018

Cordialmente.

Comercializadora CARNICA
Nelson Calderón Rodríguez
Nit. 85.466.820 - 2
DPTO. RECURSOS HUMANOS

MAYERLY SANCHEZ ALMARALES
Jefe de Recursos Humanos
Telf. 4365131 Ext 119
recursoshumanos@frigorodeo.com

MULTICENTRO MAYORK

SANTA MARTA 11 DE DICIEMBRE DEL 2023

MULTICENTRO MAYORK
NIT. 1082971620-1
MZ 0 LOCAL 1 BARRIO GARAGOA
SANTA MARTA

Por medio de la presente, a pedido de nuestro trabajador certificamos que **VALERY ALEXANDRA SUAREZ PALOMINO** identificada Con CC N. **1.082.834.374** de la ciudad de santa marta labora en nuestra empresa desde la fecha comprendida del 1 de noviembre del 2021 hasta el presente día devengando un salario de $1´300.000 **(Un millón trescientos mil pesos)** acogida bajo contrato indefinido y desempeñando Eficazmente el cargo de **AUXILIAR CONTABLE Y ADMINISTRATIVO.**

En caso de que desee verificar la autenticidad de este documento no dude en comunicarse con nosotros a través de los datos de contacto proporcionados al final de la hoja.

ATENTAMENTE,



YANCELY VASQUEZ CASTAÑO
CC. 1082971620 SANTA MARTA
REPRESENTANTE LEGAL
CEL. 3016281808

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 1082834374 **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 26/03/2024 03:16 PM

Código Verificación: **134YTKJVUG**

Válida hasta: **24/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta.		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos								Sexo	
Valery Alexandra Suarez Palomino								M	F X

Tipo de Documento						Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X	C.E	T.I	R.C	PP		1082834379.	Santa Marta	24-11-2020.

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	0		X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
10	10	2002	Santa Marta	Mz 4 casa 240 ciudad equidad	Santa Marta	Magdalena.

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Suarezvalery3@gmail.com	3052761832	—

Ocupación (Seleccione)									Actividad Principal CIIU	
Estudiante		Independiente	X	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
Hospital Julio Mendez Barreneche	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	Administrativa.

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 Mensuales			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.



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