HUJMB Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GIC-FT-[illegible] VERSION: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 7/03/2023 PAGINA 1 de 1

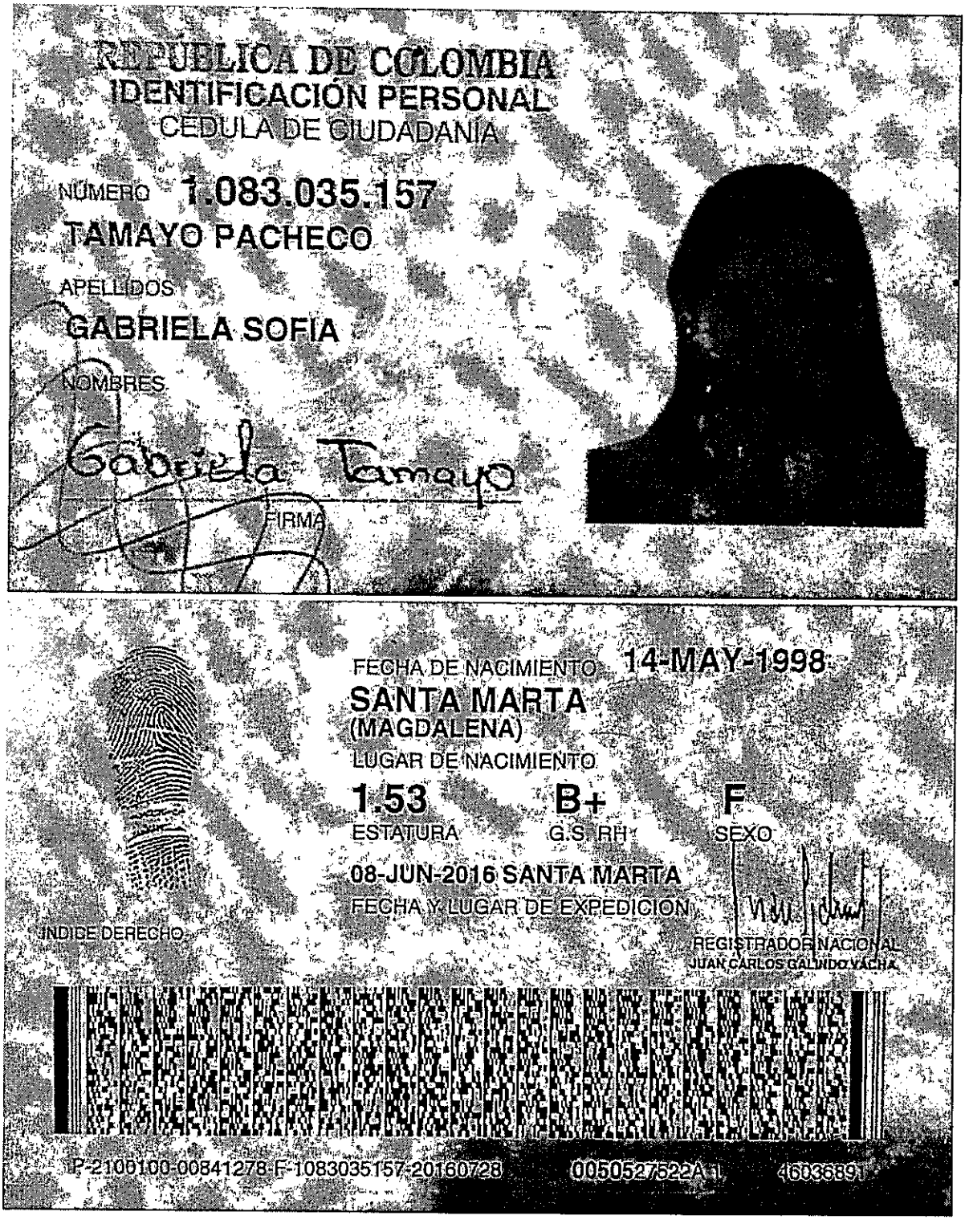
En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Gabriela Tamayo Pacheco, Identificado con Cédula No. 1083035157 y Profesión Enfermera AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de *Responsable del Tratamiento 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: [signature]

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

GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO

C.C 1.083.035.157



siji.hujmb.gov.co

Persona Natural

Persona Jurídica

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1083035157**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1083035157	TAMAYO	PACHECO	GABRIELA	SOFIA	2024-02-21, 2:47 pm

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

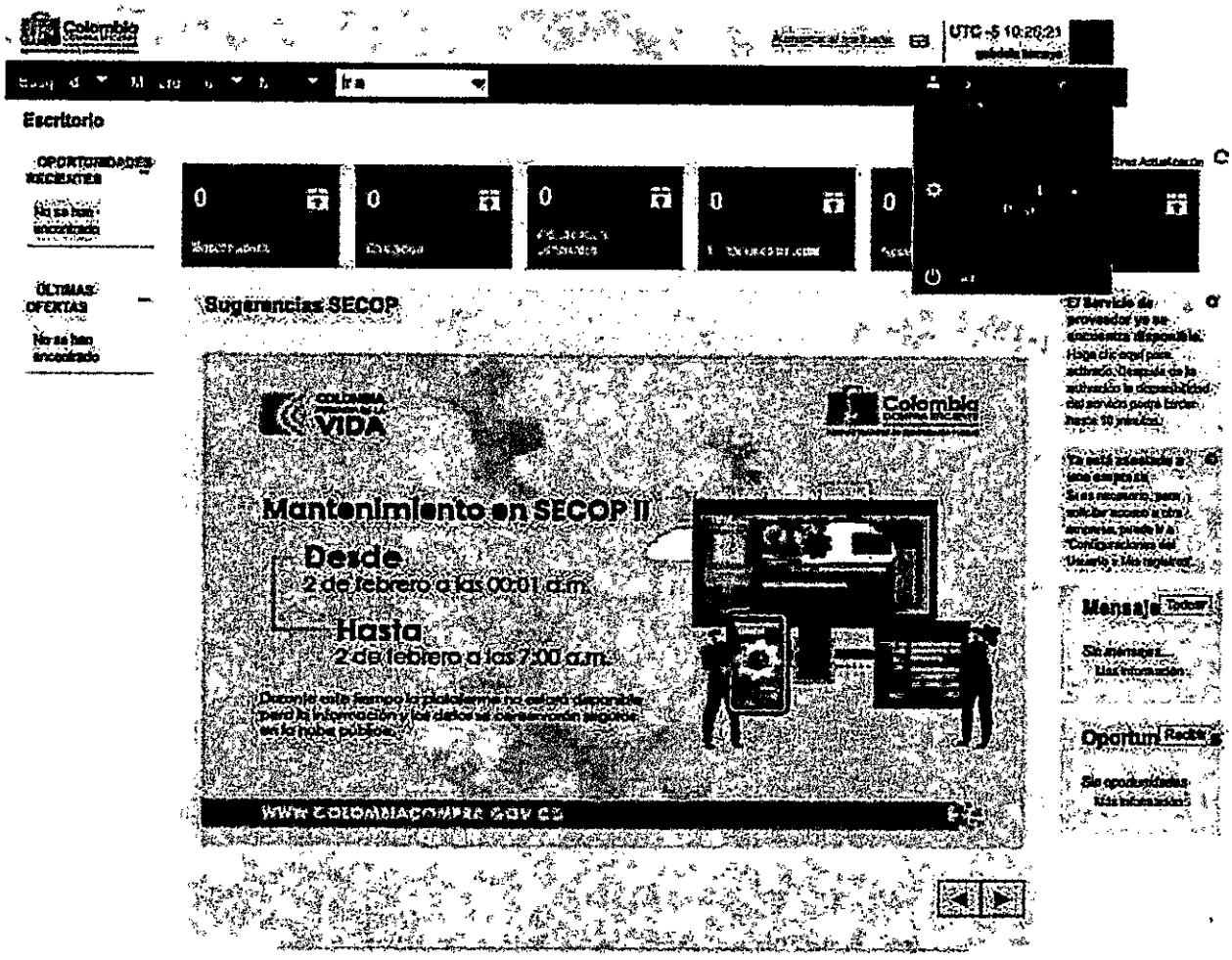
El(la) suscrito(a) GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO identificado con C.C No. 1083035157 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 22 del mes de ABRIL de 2024.

Firma
Nombre Gabriela Tamayo
Cédula 1083035157

COPIA CONTROLADA


Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Sugerencias SECOP
COLOMBIA VIDA
Mantenimiento en SECOP II
Desde
2 de febrero a las 00:01 a.m.
Hasta
2 de febrero a las 7:00 a.m.
WWW.COLOMBIACOMPRA.GOV.CO
Mensaje
Oportun

Santa Marta, 22/04/2024

Doctor:
NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
Gerente
Hospital Julio Mendez Barreneche

REFERENCIA: PROPUESTA DE TRABAJO

Cordial saludo

El usuario **GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO** identificado con cedula de ciudadanía No. 1083035157 expedida en **Santa Marta**, me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta para ejercer mis funciones como **ENFERMERA** en esta institución.

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

Atentamente,

GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO
CC. 1083035157
Manzana 90 casa 13 el pando
DIRECCION: Gabrielatamayop@gmail.com
Cel. 3005001956

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14876674344

(415)7707212489984(8020) 000001487667434 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1083035157	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

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 13	1083035157	2016/06/08

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Magdalena 47	Santa Marta 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TAMAYO	PACHECO	GABRIELA	SOFIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

41. Dirección principal: MZ 90 C # 13 BRR el pando

42. Correo electrónico: gabrielatamayop@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3005001956	3006224111 0

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
8692	2022/11/01						

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 20																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha: 2022 - 11 - 16 / 11 : 18: 19

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: TAMAYO PACHECO GABRIELA SOFIA

985. Cargo: Contribuyente

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

Libertad y Orden

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
Tamayo	Pacheco	Gabriela Sofia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1083035157	F ⊗ M ○	COL ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 14 MES 05 AÑO 1998	AVENIDA CALLE nulla A ESTE 13A 90 manzana 90 casa 13			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3005001956	EMAIL	gabrielatamayop@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2015

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGÍSTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA 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
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	07	2022	183035157

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

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

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 O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO DE NIVEL II	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
LA GUAJIRA	MAICAO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 30 Mes 06 Año 2023	Día Mes Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
1680 2009 ENFERMERA	ATENCION EXTRAMURAL	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA MAICAO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
LA GUAJIRA	MAICAO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 20 Mes 11 Año 2022	Día 01 Mes 06 Año 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMEA JEFE	SERVICIO DE URGENCIA TRIAGE	CALLE 6A BIS A ESTE 16A 33333 ESTE calle 6-16

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día: Mes: Año:	Día: Mes: Año:

AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO	DIRECCIÓN

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	2

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DELXX 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 22-04-2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia y en su nombre

El

Instituto Ebenezer

De Santa Marta

Aprobado por Resolución No. 1721 del 19 de Octubre de 2009
de la Secretaría de Educación Distrital

Confiere a:

Tamayo Pacheco Gabriela Sofía

Con T.I. Nº 98051467434 De Santa Marta

El Título de:

Bachiller Técnico

Especialidad en Contabilidad Sistematizada e Informática

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

Rector (a).
Denis Díaz Escobar

SECRETARIA DE EDUCACION
NUCLEO DE DESARROLLO EDUCATIVO
DIRECTORA
SANTA MARTA
Directora Administrativa de
Organización Escolar N 14

Secretario (a).
Nelsy Díaz Escobar

Libro 012 Folio 027 Acta 012 Año 2015

Dado en Santa Marta a los 28 días del mes de Noviembre de 2015

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA DE EDUCACION DISTRITAL
DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO DE SANTA MARTA
INSTITUTO EBENEZER
Mz 45 casa 8 el Pando
Teléfono: 4358013 - 4304925
RECONOCIMIENTO OFICIAL
RESOLUCION No. 1721 DEL 19 DE OCTUBRE DEL 2009
CORRESPONDIENTE A LOS GRADOS DE PRE-ESCOLAR, BASICA Y
MEDIA TECNICA CON ESPECIALIZACION EN CONTABILIDAD SISTEMATIZADA E INFORMATICA
UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ORGANIZACIÓN ESCOLAR NO. 14
DANE No. : 347001004468

ACTA DE GRADO

En la ciudad de **Santa Marta** a los veintiocho **(28)** días del mes de Noviembre del año **2015** se reunieron la Directora y Secretaria del INSTITUTO EBENEZER, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, institución aprobada por la Secretaría de Educación Distrital para otorgar el título de **Bachiller Técnico** según Resolución No. 1721 del 19 de Octubre del 2009.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de **Educación Media Técnica**, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER TÉCNICO CON ESPECIALIZACIÓN EN CONTABILIDAD SISTEMATIZADA E INFORMÁTICA

Al graduando cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

LIBRO N° 012

Folio	Apellidos	Nombres
027	**TAMAYO PACHECO**	**GABRIELA SOFÍA**

Tarjeta de Identidad No. 98051467434 de Santa Marta

Es fiel copia del Acta General Original No. 012 de fecha 28 de Noviembre de Noviembre de 2015, consta de Veintiocho estudiantes graduados, que comienzan con los apellidos y nombres de **BALLESTEROS ROMERO VALENTINA** y cierra con los apellidos y nombres de **TORRES BONILLA LESLY YULISA .** Firmado por **DENIS DIAZ ESCOBAR** (Directora) y **NELSY DIAZ ESCOBAR** (Secretaria).

Dado en Santa Marta a los (28) días del mes de Noviembre de dos mil quince (2015).

DENIS DIAZ ESCOBAR
C.C. 36.529.443 de Santa Marta
Directora

NELSY DIAZ ESCOBAR
C.C. 36.538.599 de Santa Marta
Secretaria



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

En atención a que

GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO

con Cédula de Ciudadanía No. 1.083.035.157 de Santa Marta

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expido el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 26 de agosto de 2022

Libro de Registro No. 00603202221 Folio No. 051 Registro No. 0502
Refrendado en: Santa Marta el día 25 de agosto de 2022

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Lara J.
Secretario (a) General

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución 3475 del 28 de Diciembre de 1961 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 1551 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 11529 del 11 de Julio de 2002 expedida del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-3812-2022

PROGRAMA:	ENFERMERÍA
CODIGO SNIES:	4176
FECHA GRADO:	26 DE AGOSTO DE 2022
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA.

En atención a que GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO con Cédula de Ciudadanía No.1.083.035.157 de Santa Marta cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expida el título de: ENEERMERA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 013 en sesión del día 12 de agosto de 2022.

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:	DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 26 DE AGOSTO DE 2022

Gloria Patricia Rave I.

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento tiene firmas digitalizadas conforme a la legislación colombiana vigente.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

[illegible]

ENFERMERA



GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO
C.C. 1,083,036,157
Universidad Cooperativa De Colombia
Santa Marta
Fecha de Expedición de Cédula: 29/09/2022
Fecha de inscripción en Redhucs: 29/11/2022

59255

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 885 de 2015.

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

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDentico S.A.S.

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1
Ley 266de 1996 / Ley 911 de 2004:
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO** identificada con la cédula de ciudadanía número **1.083.035.157,** no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, el día veintisiete (27) del mes de febrero del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA – OCE
REGISTRO UNICO NACIONAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
RETHUS
RETHUS – LEY 1164 DE 2007

Bogotá D.C.
Apreciada (o) colega

Por medio de la presente y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la ley 1164 de 2007 y el numeral 4 del artículo 14 decreto 4192 de 2010 y especificaciones del anexo técnico de la resolución 08 de 2015, nos permitimos hacer entrega de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud, mediante la cual se acredita su condición de idoneidad para ejercer la profesión de enfermería. Recuerde tener presente mantener un nivel de seguridad apropiado a su tarjeta profesional.

A esta tarjeta precede la inscripción individual en el RETHUS, de sus datos personales y de identificación, los datos académicos y de autorización, de los datos del servicio social obligatorio, y los correspondientes relacionados con las actividades del tribunal Nacional Ético de Enfermería. Le recordamos tener presente que cuando alguna de las tres circunstancias contempladas en el artículo 12, del decreto 4192 de 2010 deberá reportar las novedades a la Organización Colegial de Enfermería.

Nos resta, agradecer el interés que llegue a desarrollar para fortalecer, además de la actividad de función pública delegada del RETHUS, la correspondiente al crecimiento y desarrollo organizativo y profesional de la OCE, invitándole a afiliarse y convertirse en socia (o) de los miembros de la junta directiva de la OCE y sus Organizaciones, la ANEC de la que tuvo su origen, creemos firmemente en la importancia del trabajo profesional con interés desde lo colectivo y en la unidad profesional con criterios de respeto por los derechos humanos de todos los ciudadanos y la búsqueda permanente del logro de un trabajo profesional con dignidad y reconocimiento público para los profesionales de Enfermería.

Cordialmente,

JUAN GUILLERMO ROJAS
Representante Legal

Dirección: Transversal 28a #37-75 - Bogotá, Colombia · Celular: +57 3219282407 / +57 3167598693
Correo electrónico: oce@oceinfo.org.co Página Web:www.oceinfo.org.co

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Gabriela Sofia Tamayo Pacheco

c.c. 1083035157 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-11-11
Fecha de vencimiento: 2024-11-11

ING. SOLANLLY COVALEDA Representante Legal.	DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO Jefe de Enfermería TP 3208 Docente.	ROSA GUZMAN ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Gabriela Sofia Tamayo Pacheco

c.c. 1083035157 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-11-15
Fecha de vencimiento: 2024-11-15

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Gabriela Sofia Tamayo Pacheco

CC 1083035157 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-02-19
Fecha de vencimiento: 2026-02-19

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.c

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educati
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Gabriela Sofia Tamayo Pacheco

CC 1083035157 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado Neonatal NALS con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-02-17
Fecha de vencimiento: 2026-02-17

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.c

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educati
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Gabriela Sofia Tamayo Pacheco

CC 1083035157 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Diplomado en el Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Adu con un total de 160 Horas.

Fecha de emisión: 2024-02-21
Fecha de vencimiento: 2026-02-21

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.c

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educat
Desarrollo Humano
Docente Especialista

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.083.035.157

Asistió al Curso de:

GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE RIOHACHA A LOS 8 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

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

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.083.035.157

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE RIOHACHA A LOS 9 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

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

Certificación N° CE-01895

LA SUSCRITA JEFE DE TALENTO HUMANO (E) DE LA SOCIEDAD MÉDICA CLÍNICA MAICAO S.A

HACE CONSTAR:

Que la señora **TAMAYO PACHECO GABRIELA SOFIA** , identificada con cédula de ciudadanía No. **1.083.035.157** de SANTA MARTA (MAGDALENA) ; laboró en esta institución como **JEFE DE ENFERMERIA** (Contrato FIJO); desde el 01 de enero del 2023 hasta el 01 de junio del 2023.

Para mayor constancia se firma en Maicao, municipio de La Guajira el 27 de febrero del 2024.

CLINICA MAICAO SOCIEDAD MÉDICA
RECURSO HUMANO
Firma Digital:
F27108303515720241189502
F27108303515720241189502
F27108303515720241189502
F27108303515720241189502
F27108303515720241189502

SHIRLY LOPEZ CUADRADO
JEFE DE TALENTO HUMANO (E)
F27108303515720241189502

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 1083035157 **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 22/02/2024 02:54 PM

Código Verificación: **97Y8X6T4GR**

Válida hasta: **22/05/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

cajamag
Caja de Compensación Familiar del Magdalena

NOMBRES
Gabriela Sofía

APELLIDOS
Tamayo Pacheco

DOCUMENTO DE IDENTIDAD										
		C	C	No.	1083035157					
FECHA DE NACIMIENTO	aaaa	1	9	9	8	mm	0	5	dd	1	4

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO	21-8-20			
VARICELA	28-02-17	A30FC959A		
NEUMOCOCO				
INFLUENZA	21-8-20	V5022AA		

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
ZOSTAVAX HERPES ZOSTER				
HEPATITIS A	05/08/19	RO10568		
	11-02-2020	23E14		
DPT + A OTRAS	05/08/19	AC37B275AA		

Recomvax B-(20 µg/1 ml) Adult
VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B, RECOMBINANT
HEPATITIS B VACCINE, RECOMBINANT
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE
Conserver entre/Keep between/Conservar entre +2°C - +8°C.
Ne pas congeler/Do not freeze/No congelar.
Voie intramusculaire/Intramuscular route/Vía intramuscular.
Fab/Manuf.: LG Life Sciences Ltd.
Dist.: Sanofi Pasteur Ltd.
Lot.No.: UFX16002
Mfg. date: 31 Mar.16
Expiry date: 30 Mar.19

IGA-KCF210-SY-0804

Recomvax B-(20 µg/1 ml) Adult 1 dose/dosis
VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B, RECOMBINANT
HEPATITIS B VACCINE, RECOMBINANT
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE
Conserver entre/Keep between/Conservar entre +2°C - +8°C.
Ne pas congeler/Do not freeze/No congelar.
Voie intramusculaire/Intramuscular route/Vía intramuscular.
Fab/Manuf.: LG Life Sciences Ltd.
Dist.: Sanofi Pasteur Ltd.
Lot.No.: UFX16002
Mfg. date: 31 Mar.16
Expiry date: 30 Mar.19

boostrix™
LOT EN: AC37B275AA 10-2019
AC37B275AA 10-2019
boostrix™
488226
Lote: RO10568 Vto: 26-10-2020

MSD
VAQTA®
VACUNA ANTI-HEPATITIS A PURIFICADA E INACTIVADA
Suspensión inyectable Vía intramuscular
Frasco ampolla monodosis de 0,5 ml
25 U

7003355108-114851 bsddio

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO DIFTERICO TD	1°	21-8-20	233960AE.		
HEPATITIS B	1	16-02-17	UFX16002		
	2	16-03-17	UFX16002		
	3	16-04-17	UFX16002		

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA	21-8-20	2808 xcb		
FIEBRE TOFOIDEA				
DPT ACELULAR	22-02-17	C496AB		

ESTE CARNÉ ES VALIDO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
[illegible]A EXIGIDO PARA ENTRAR EN ZONAS DE RIESGO

977130

[redacted]

Manuf: 07042018
Lot: R3E14
Exp: 03-2021

AVAXIM 160U
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A
Conservar entre 2°C y 8°C
Agítese antes de usar

Varilrix™
1 dose/dosis (0.5 ml)
1 dose for/pour reconstitution
1 dosis para reconstitución
Inj./Inyec.: S.C.
Varicella vaccine
Vaccin contre la varicelle
Vacuna contra la varicela
Storage/Conc.: 2°C - 8°C
GSK Biologicals S.A.
Rixensart - Belgium
A70FC659A
04-2016
EXP. 04-2018

Caja de Compensación Familiar del Magdalena
"Somos parte de t[illegible]"

Calle 23 No. [illegible]
Santa Marta D.T.C.H
PBX 421 7[illegible]

ADACEL
Toxoides tetánico y diftérico reducido y vacuna antipertussis acelular adsorbidos.
Suspensión inyectable. Vía IM.
No congelar. Agitar bien. Dosis: 0,5 ml
Conservar entre 2° y 8°C.
Colombia: R.S. No. INVIMA 2008M-0003078
Perú: R.S. RE-00571.
Sanofi Pasteur Limited, Canadá

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Gabriela Sofía

Apellidos: Tamayo Pacheco

Documento de identidad: C.C. X T.I. ___ Pasaporte ___ No. 1083035157

Fecha de Nacimiento: Día 14 Mes 05 Año 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	05/08/19	0138H00AA	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	05/08/19	D2294	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Única	05/08/19	P36734	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: GABRIELA SOFIA

Apellidos: TAMAYO PACHECO

Documento de identidad: C.C. X T.I. ___ Pasaporte ___ PEP ___ otro ___ cual ___

No. 1083035157

Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 05 Año 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20.08.21	Astra Zeneca	NKO 126	clinca General Del Norte	Rocio Gomez	39045903
	2	25-11-2021	Astrazeneca	NL 0074	OC 6 N	Rocio Gomez	39045903

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	INGRESO	Fecha de publicación	2024-03-15 08:19

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GABRIELA	SOFIA	TAMAYO	PACHECO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1083035157

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$2.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$600.000,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$2.600.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 22/03/2024

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual [ ] Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	3

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
TAMAYO	PACHECO	GABRIELA	SOFIA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1083035157	Femenino [ ] Masculino [ ]	14/05/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	$2.000.000

18. Residencia			
MZ 90 CASA 13		3005001956	Gabrielatamayop@gmail.com
SANTA MARTA (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	EL PANDO (Localidad/Comuna)	MAGDALENA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
	NI		

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

Página 1 de 2
01/2016

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Vigilado Supersalud

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [X] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [X] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad		Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha 22/03/2024
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

X. 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

X. 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	Fecha de validación

OPERACIONES mutualser SANTA MARTA

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

22/03/2024

DOCUMENTO PROCESADO

OBSERVACIONES:
CARGO
INGRESO NUEVO INDEPENDIENTE

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Página 2 de 2

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.035.157,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

GABRIELA SOFIA TAMAYO PACHECO

Sexo			
M		F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1083035157	SANTA MARTA	8/6/2016

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			1			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
14	5	1998	SANTA MARTA	MANZANA 90 CASA 13	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
GABRIELATAMAYOP@GMAIL.COM	300500195	

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	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	$2.000.000	Total Egresos mensules	$1.500.000
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	X

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