HJMB	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO SIGEF VERSIÓN FECHA DE ULTIMA ACTUALIZACIÓN PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Nidia Johana parra duran, identificado con Cédula No. 1082899885 y Profesión Aux Enfermeria AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Yadia Parra duran.

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.082.899.853**

PARRA DURAN

APELLIDOS

NIDIA JOHANA

NOMBRES

NIDIA JOHANA PARRA DURAN

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-1988**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

31-JUL-2007 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2100100-00083741-F 1082899853 20080930 0003865641A 1 24363807

Powered by CamScanner

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 1082899853

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082899853	PARRA	DURAN	NIDIA	JOHANA	02/09/21

Powered by CamScanner

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) Nidia Johana parra duran. identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082879853 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.

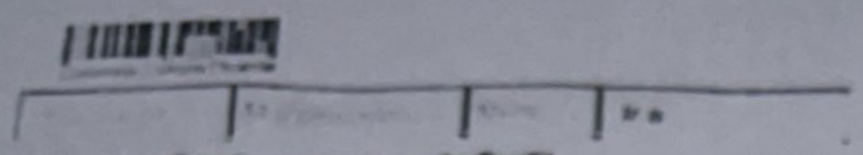
Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, 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 21 del mes de Mayo de 2024.

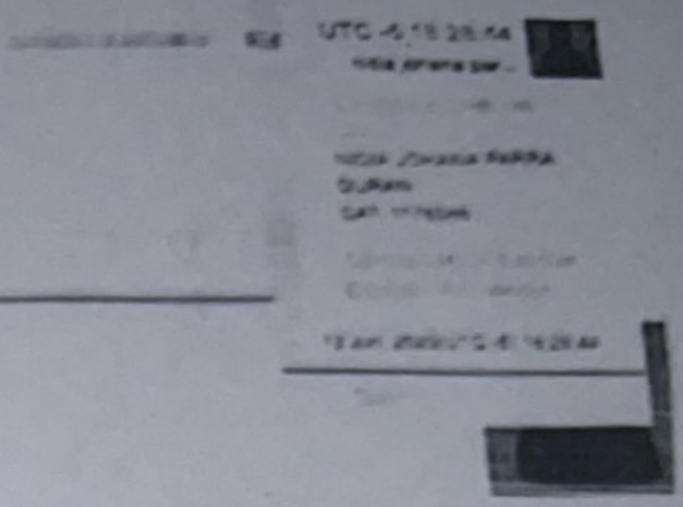
Firma Nidia parra Duran
Nombre Nidia parra duran
Cédula 1082879853

COPIA

Powered by CamScanner



— Configuraciones de Perfil



Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Género	
Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	NIDIA JOHANA PARRA DURAN
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	nidia.parra15@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3043947104
Nivel Educativo	

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3043947104
SMS para recuperar la contraseña	3043947104

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Santa Marta, 21 de MAYO del 2024.

Dra.:

NORA ANILLO

E. S. D.

GERENTE HUJMB

Estimada Doctora.

El motivo de mi carta es ponerme a su disposición y ofrecerle mis servicios como Auxiliar de Enfermeria, comprometiéndome de antemano ejercer mi cargo con la más alta responsabilidad que este amerita y con la mayor disposición y entereza de realizar todas las actividades que este a mi cargo idóneamente.

Comprometiéndome a dar una representación positiva de la imagen de la empresa y esforzándome por hacer de ella una entidad más competitiva enalteciendo su labor dentro de la ciudad.

Agradeciendo la atención prestada, y a la espera de sus gratas noticias, reciban un cordial saludo;

NIDIA JOHANA PARRA DURAN
CC: 1082899853 SANTA MARTA
CALLE 24C # 29C-55 VILLA DEL RIO
CORREO . NIDIA.PARRA15@HOTMAIL.COM
CEL: 3043947104

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14473076209

(415)7707212489984(8020) 000001447307620 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 8 2 8 9 9 8 5 3 | 6. DV 3

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9

14. Buzón electrónico

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 9 9 8 5 3	2 0 1 1 0 2 0 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PARRA	DURAN	NIDIA	JOHANA

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: CL 24 C 29 C 55 BRR VILLA DEL RIO

42. Correo electrónico: nidia.parra15@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 3 9 4 7 1 0 4	

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
6 6 9 2	2 0 1 8 0 7 0 6				5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2018 - 07 - 06

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA

985. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 11-09-2023 02:55:57PM

COPIA NO CONTROLADA
DOCUMENTO SIN VALIDEZ

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Parra	Duran	Nidia Johana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS. ○ No. 1082899853 | SEXO: F ⊗ M ○ | NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 10 MES 10 AÑO 1988

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3043947104 EMAIL: nidia.parra15@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

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

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	10	Mes:	07	Año:	2018	Día:		Mes:		Año:	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERA L5	DEPENDENCIA: ATENCION PACIENTE CRITICO						DIRECCIÓN: CARRERA 14 - 23 42 BARRIO ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: UCI CARDIOVIDA			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	19	Mes:	06	Año:	2020	Día:	16	Mes:	10	Año:	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: A. DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AREA ASISTENCIAL						DIRECCIÓN: CARRERA 14 - 23 42 BARRIO LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ADOM			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ, D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ, D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	05	Mes:	02	Año:	2011	Día:	15	Mes:	12	Año:	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL: A. DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AREA DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN: CALLE 91A - 50 41 bogota					

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					

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	1

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 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

Nidia Daniela

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

La República De Colombia
y en su nombre

Institución Educativa Distrital "Liceo Celedón"

Monumento Nacional
Jornada Nocturna

Con reconocimiento Oficial del Bachillerato de Adulto, según Resolución No. 474 del 3 de Octubre de 2000.

Confiere a:

Nidia Johana Parra Durán

Identificado (a) con T.I. 881010-57857 Expedida en Santa Marta

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y alcanzado los logros establecidos en el plan de estudio del Proyecto Educativo Institucional correspondiente al nivel de Educación Media Académica

RECTOR
SANTA MARTA

Rector

Secretaria

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Dado en Santa Marta, a los 21 días del mes de Dic. del año 2005
Anotado en el control interno del plantel en el
Libro No. 01 Folio No. 82

Powered by CamScanner

La República De Colombia
y en su nombre

Institución Educativa Distrital "Liceo Celedón"

Monumento Nacional
Jornada Nocturna

Con reconocimiento Oficial del Bachillerato de Adulto, según
Resolución No. 474 del 3 de Octubre de 2000

Acta de graduación No. 012 Folio 82 Libro 01

El día 21 de Diciembre del 2005 en el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta en el salón principal de actos del colegio, se celebró la proclamación de BACHILLERES ACADÉMICOS y se otorgó dicho título a:

Nidia Johana Parra Durán

Identificado (a) con T.I. 881010-57857 Expedida en Santa Marta

El acto fue precedido por

Rector: Fulvio Trujillo Mendoza

RECTOR

Secretaria: Edith Hernández de Arellano

Lo anterior de conformidad con el Artículo 2° del Decreto Nacional 921 del 6 de Mayo de 1994.

Powered by CamScanner

Republica de Colombia
Departamento del Magdalena

CESMAG
GABRIEL ANGULO

y en su nombre

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "GABRIEL ANGULO"

Creado mediante Decreto No. 818 de diciembre 13 de 1949, aprobado por Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1958 y modificada mediante Ordenanzas No. 020 de diciembre de 1992 y No. 002 de Junio 7 de 2006.

Teniendo en cuenta que:

Nidia Johana Parra Duran

C.C. No. 1.082.899.853 *expedida en* Santa Marta

Cursó y aprobó todos los estudios programados por el Centro y cumplió con todas las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el certificado de:

"Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería"

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta (Magdalena), a 19 de octubre de 2007.

Directora CESMAG

Secretaria Academica

Powered by CamScanner

CESMAG
CABRIEL ANGULO

CENTRO DE EDUCACION
EN SALUD DEL MAGDALENA
Nit. 891.780.117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 209

En la ciudad de Santa Marta, a los diecinueve (19) días del mes de octubre del año 2007 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, la suscrita directora y la secretaria académica del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, Institución creada mediante Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1.949, aprobada en el Nivel Vocacional según resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, modificada mediante ordenanzas No. 020 de diciembre 23 de 1.992 y No. 002 de junio 7 de 2006. Autorizada por el Ministerio de Salud y Educación Nacional, para otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA.** Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA** al alumno cuyos nombres, apellidos y documentos de identidad se relacionan a continuación, **PARRA DURAN NIDIA JOHANA,** identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.082.899.853** expedida en Santa Marta.

La presente acta es fechada en Octubre 19 de 2007 y consta de treinta y un (31) alumnos que comienzan con los nombres y apellidos de BERMUDEZ ARIÑA ANA KARINA y cierra con los nombres y apellidos de VILORIA TEJADA AURA KARINA.

Firmada y sellada por la directora **KAREN GARCIA DIAZ,** y **LAURA AGUDELO GARCIA**, Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta (Magdalena), a los diecinueve (19) días del mes de octubre de 2007.

Firmado y Sellado

KAREN GARCIA DIAZ
Directora

LAURA AGUDELO GARCIA
Secretaria Académica

Powered by CamScanner

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 11258
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **NIDIA JOHANA PARRA DURAN**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.899.853 expedida en Santa Marta-Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TECNICO otorgado por **EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA CESMAG "GABRIEL ANGULO"** Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificacion No. 209 del día 19 de Octubre de 2007.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **NIDIA JOHANA PARRA DURAN**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.899.853, expedida en Santa Marta-Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 26 OCT. 2010

ANA LUCILA HERRERA ROJAS
Secretaria de Salud de Magdalena

Elaborado y Revisado por: MARIA LUISA PEREZ MUÑOZ - Profesional Especializado - Area de Calidad en Salud

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

Powered by CamScanner

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NIDIA JOHANA PARRA DURAN identificado(a) con CC 1082899853 registra La siguiente información:

2024-03-12 → 4:58:25 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2010-10-26

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

Nidia Johana Parra Duran

CC 1082899853 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el curso abordaje integral a víctimas de violencia sexual (AIVVS) - CODIGO GRIS con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-02-18
Fecha de vencimiento: 2025-02-18

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

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

Nidia Johana Parra Duran

CC 1082899853 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-02-18
Fecha de vencimiento: 2025-02-18

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de los certificados en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

NIDIA JOHANA PARRA DURAN
C.C. 1.082.899.853

ASISTIO AL. :

"DIPLOMADO UCI ADULTO"

"APOYO VITAL DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA), EL DIA 30 DE JUNIO DE 2018

DURACIÓN 120 HORAS,

TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, SOPORTE NUTRICIONAL Y METABOLISMO, ABORDAJE AL PACIENTE CRITICO, VENTILACION MECANICA, MANEJO VASO ACTIVO, CODIGO AZUL Y MANIOBRAS, PSEUDOANALGESIA Y SEDACION, ACCESO VENOSO CENTRAL DIRIGIDO, ACCESO VENOSO CENTRAL Y PERIFERICO, INTERPRETACION EKG, RELACION ECOCARDIOGRAMA EN UCI, CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA, DIEZ PATOLOGIA MAS FRECUENTES, ADMINISTRACION Y AUDITORIA MEDICA DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
MD. NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION JUNIO 2020.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721549
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en EL...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

Powered by CamScanner

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

NIDIA JOHANA PARRA DURAN
C.C. 1.082.899.853

ASISTIO AL :

"DIPLOMADO UCI PEDIATRICO Y NEONATAL"

"APOYO VITAL DEL PACIENTE PEDIATRICO Y NEONATAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 30 DE JUNIO DE 2018

DURACIÓN 120 HORAS.

TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, ABORDAJE DEL NIÑO CRITICO, URGENCIAS PEDIATRICAS, MANEJO DE LA VIA AEREA, NEONATOLOGIA I, NEONATOLOGIA II.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
REGISTRO MEDICO 8669/96
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.
FECHA DE RENOVACION JUNIO 2020.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
MD. NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721548
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE

KAREN LOBO NA
COORDINADORA
NACIONAL CO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

Powered by CamScanner

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

Nidia Johana Parra Duran

CC 1082899953 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-11
Fecha de vencimiento: 2025-09-11

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verificar la autenticidad de su certificado en la página
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

Powered by CamScanner

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

Nidia Johana Parra Duran

CC 1082899953 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-13
Fecha de vencimiento: 2025-09-13

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

ADOM
Salud Domiciliaria

Bogotá D.C. Junio 10 de 2015

CERTIFICACION LABORAL

Por medio de la presente certifico que la señora ***NIDIA PARRA DURAN*** *identificada con Cedula de Ciudadanía Nº 1082899853 Expedida en santa marta, laboro en* ***ADOM*** *(salud domiciliaria); durante un periodo comprendido entre febrero 5 de 2011 hasta el 15 diciembre de 2013. Desempeñando el cargo de domiciliaria.*

Durante este tiempo se caracterizo por ser una persona honesta, responsable, cumplidora de sus deberes y obligaciones, la recomiendo ampliamente para cualquier labor que le sea asignada.

Atentamente;

LUZ AIDA RODRIGUEZ
C.C. 91.329.082 de Puerto Wilches (Sder)
CEL: 3133481393

CALLE 91 A N° 50-41- BOGOTA D.C. 3133481393
Email: mercadeo@adomsaludomiciliaria.com

Powered by CamScanner

Servicios Médicos Domiciliarios LTDA

SERVIMED I.P.S

Calle 22 No. 14 - 05 • Local 101 C.C. Alcazares Plaza • Teléfono: 431 38 74
Informacion@servimedips.com.co • www.servimedips.com.co

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	AÑO		
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	SANTA MARTA	DIA 11	MES 06	AÑO 2024

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre Y Apellido	Documento de Identidad
LIDIA PARRA DURAN	Tipo: CC No: 1082899853

Direccion		Telefono	
Cargo: AUX ENFERMERIA	Sexo: M [ ] F [ ]	Fecha de Nacimiento:	10-10-88

Tipo de Examen Ocupacional

Preocupacional	✓	Periodico		Post Ocupacional		Manipulador Alimentos	
Reintegro Laboral		Post Incapacidad		Reubicacion			

Examenes Practicados (N:Normal A: Anormal NR: No Realizado)

EXAMEN	N	A	LABORATORIOS /IMÁGENES	N	A
Medico Ocupacional	✓				
Visiometria					
Espirometria					
Audiometria					

Aptitud Ocupacional Ingreso

Al examen medico no presenta defectos ni patologia aparente	✓
Al examen medico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	
Al examen medico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
Al examen medico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar	

¿Presenta Restricciones? Si [ ] No [ ] ¿Cuáles?

Observaciones:

Concepto Final de Aptitud Ocupacional

Apto sin Limitaciones	✓	Apto con limitacione		Aplazado		Apto Manipular Alimentos	
No Apto		Apto para Alturas		No Apto para Alturas		No Apto Espacios Confinados	
Apto Espacios Confinados							

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medicas		Ocupacional				Habitos y estilos de vida saludable	
Remisión a EPS		Uso de EPP				Inicio de actividad fisica	
		Ingreso al SVE				Dejar de fumar	
Continuar manejo médico		Carga fisica		Visual		Reducir el consumo de alcohol	
		Ruido		Biologico		Control del peso	
Remisión a ARP		Radiologico		Radiaciones		Otro:	
		Psicolaboral		Cardiovascular			
Citologia Vaginal		otro					

Dr. Gustavo Severini
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 1565

Firma del Medico
Licencia de Salud Ocupacional

Lidia Parra Duran

Firma del Trabajador
CC No. 1082899 853

Powered by CamScanner

ORGANIZACIÓN SERVICIOS
Y ASESORÍAS S.A.S.

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

BUCARAMANGA
Carrera 37 No. 53 - 50
Barrio Cabecera del Llano
PBX: (7) 643 1582
Fax: (7) 647 7248

BOGOTÁ D.C.
Avenida carrera 9 No. 104A - 38
Barrio Rincón del Chico
PBX: (1) 508 2207

MEDELLÍN
Transversal 5A No. 45 - 117
Barrio Poblado - Patio Bonito
PBX: (4) 448 7051
FAX : (4) 266 9749

CÚCUTA
Calle 10 No. 6E - 70
Barrio La Riviera
Tels: (7) 575 5516 - (7) 575 5451
Fax: (7) 577 9950

BARRANQUILLA
Carrera 54 No. 72 - 147
Centro Comercial Boulevard 54
Locales 309 - 310
Tels: (5) 360 2145 - (5) 360 2271
Fax: (5) 360 2169

CARTAGENA
Manga Avenida Jiménez
Calle 26 No. 18B-19
Tel: (5) 664 5911
Fax: (5) 664 0200

SANTA MARTA
Carrera 6 No. 28E-24
Edificio San Jorge
Local 2 Barrio Bavaria
Tel: (4) 431 8010

CALI
Calle 24AN No. 6AN-41 (2do. piso)
Barrio Santa Mónica Residencial
PBX: (2) 395 2001
Fax: (2) 395 2002

MANIZALES
Calle 64A No. 21 - 50 Of. 1504
Edificio Portal de Cable
Tel: (6) 889 5033

GRUPO EMPRESARIAL SERVICIOS Y ASESORIAS LA ANALISTA DE CONTRATACION DE ORGANIZACIÓN SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

HACE CONSTAR QUE, el señor(a) **PARRA DURAN NIDIA JOHANA,** identificado (a) con cedula de ciudadanía **No. 1.082.899.853** laboro como trabajador en misión por intermedio de nuestra Organización en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** para la empresa usuaria **FCV,** mediante contrato por el término de la obra o labor contratada desde julio 1 de 2015 a diciembre 17 de 2015.

Se expide a los (10) días del mes de febrero de 2017.

Atentamente,

MONICA P. ORTIZ VEGA
Analista de Contratación
NIT: 890.206.051-0
Tel: 4318010

ORGANIZACION SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.S.
ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS
NIT: 890 206051-0

ESTA CERTIFICACION SOLO TIENE VALIDEZ CON SELLO

www.serviciosyasesorias.com

Powered by CamScanner

LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA – FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

CERTIFICA:

En cumplimiento de la ley 1636 de 2013, artículo 10; reglamentado por el decreto 2852 de 2013, artículo 46 se permite expedir el siguiente certificado.

La Señora **NIDIA JOHANA PARRA DURAN** laboró en nuestra institución desde el dieciocho (16) de Diciembre de 2015 hasta el día veintisiete (27) de Enero de 2017.

La Señora **NIDIA JOHANA PARRA DURAN** se desempeñó en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERA** de la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Se expide en el municipio de Santa Marta (Magdalena) a los veintisiete (27) días del mes de Enero de 2017.

Atentamente,

JANETH COOMBS NEIRA
Subgerente Administrativa y Financiera
FCV Instituto del Corazón Santa Marta
Email: janethcoombs@fcv.org

Powered by CamScanner

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"

CERTIFICA

Que la señora, **NIDIA JOHANA PARRA DURAN**, identificada con cedula de Ciudadanía No 1.082.899.853 expedida en Santa Marta (Magdalena), fue contratista de esta ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, prestando sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERÍA, en virtud de la siguiente orden de Prestación de Servicios:

1. No. 1656 de fecha 10 de julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de julio al 30 de septiembre de 2018 y por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS ($3.690.000.00).
2. No. 2362 de fecha 01 de Octubre de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre o al 31 de Diciembre de 2018, y por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000.00).
3. No. 295 de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Junio de 2019 y por un valor de OCHO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS ($8.586.000.00).
4. No. 1570 de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019 y por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS ($5.724.000.00).

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada, en Santa Marta - Magdalena a los veinticuatro (24) días del mes de Enero de 2020.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
Profesional Especializado

Powered by CamScanner

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

DE

CARDIOVIDA OUTSOURCING SAS

NIT. 900 607 814 - 1

CERTIFICA QUE:

La Sra. Nidia Johana Parra Duran, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.082.899.853 de Santa Marta - Magdalena, estuvo vinculada con nuestra compañía a través de un contrato laboral a término fijo, de fecha del 19 de junio de 2020 hasta el 16 de octubre del mismo año, prestando sus servicios como auxiliar de enfermería en el área de UCI COVID, cumpliendo a cabalidad con sus funciones y protocolos de bioseguridad exigidos.

Para constancia de lo anterior se firma a los 23 días del mes de noviembre de 2020

Cordialmente,

VALERIA DIAZ BATE
Jefe de Talento Humano

Powered by CamScanner

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 1082899853 **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 19/03/2024 12:11 AM

Código Verificación: **8XMJW1N6C7**

Válida hasta: **17/06/2024**

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Nidia Johana

Apellidos: parra duran

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1082899853

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 10 Año 1988.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	21-09-13	021019	Zoraida
Fiebre Amarilla	Única	2-12-11	024190	Roxana
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	19-01-12	024900	Katiuska
	2	21-07-12	4530328	Roxana
	3	23-07-13	02221	Roxana
	4	13-06-16	15003	Zorrilla
	5	30-04-18	225020163	Martha
Tdap acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	30-04-18	03 415168	Gustavo
	2	14-09-19	[illegible]	yisell
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20-5-20	450220006	Maria G
Otras	tv	1	2019-13	1067479	Maria G
	tosferina	1	16-02-16	CH67498	EMILIA

Powered by CamScanner

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	OTRO	Fecha de publicación	2024-06-11 20:27

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NIDIA	JOHANNA	PARRA	DURAN

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082899853

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.300.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.300.000,00

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	$659,41

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIVIER	JESUS	CONTRERAS	PEREZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1082987665

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:

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-1082899853
Nombres:	NIDIA JOHANA
Apellidos:	PARRA DURAN
No. de Carnet:	387B3F3C08ADF9328698A6CEAF0F2284
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2020-06-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el martes, 21 de mayo de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el viernes, 21 de junio de 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

NIDIA JOHANA PARRA DURAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.899.853**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 21 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Powered by CamScanner

HJMB	FORMATO DE VINCULACIÓN DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 19/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	CALLE 14 # 23- 42	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NIDIA JOHANA PARRA DURAN										Sexo			
										M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082899853	SANTA MARTA	31/07/2007

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
			X				X		0		X		X	

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
[illegible]	SANTA MARTA	CALLE 24C # 29-55	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
NIDIA.PARRA15@HOTMAIL.COM	3043947104	3043947104

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado				9	5	3	3

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
[illegible]	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23-42	SANTA MARTA	ALCAZAREZ	4365037

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

total ingresos mensuales 1.342.000	total egresos mensuales 1.390.000
otros ingresos mensuales 200.000	otros egresos mensuales 100.000
total activos 1.542.000	total pasivos 52
Mes y año de corte de la información financiera suministra Mes Dic Año 2021	Es declarante? SI [ ] NO [X]

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

DE UN EMPLEO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lcitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no existe ningún proceso, ni denuncias que a mi(s) nombre(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 Barrenecha a no 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 Barrenecha, 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. La 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 Barrenecha 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 Barrenecha 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 barrenecha S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me

Nidia Parra Duran

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):

Powered by CamScanner