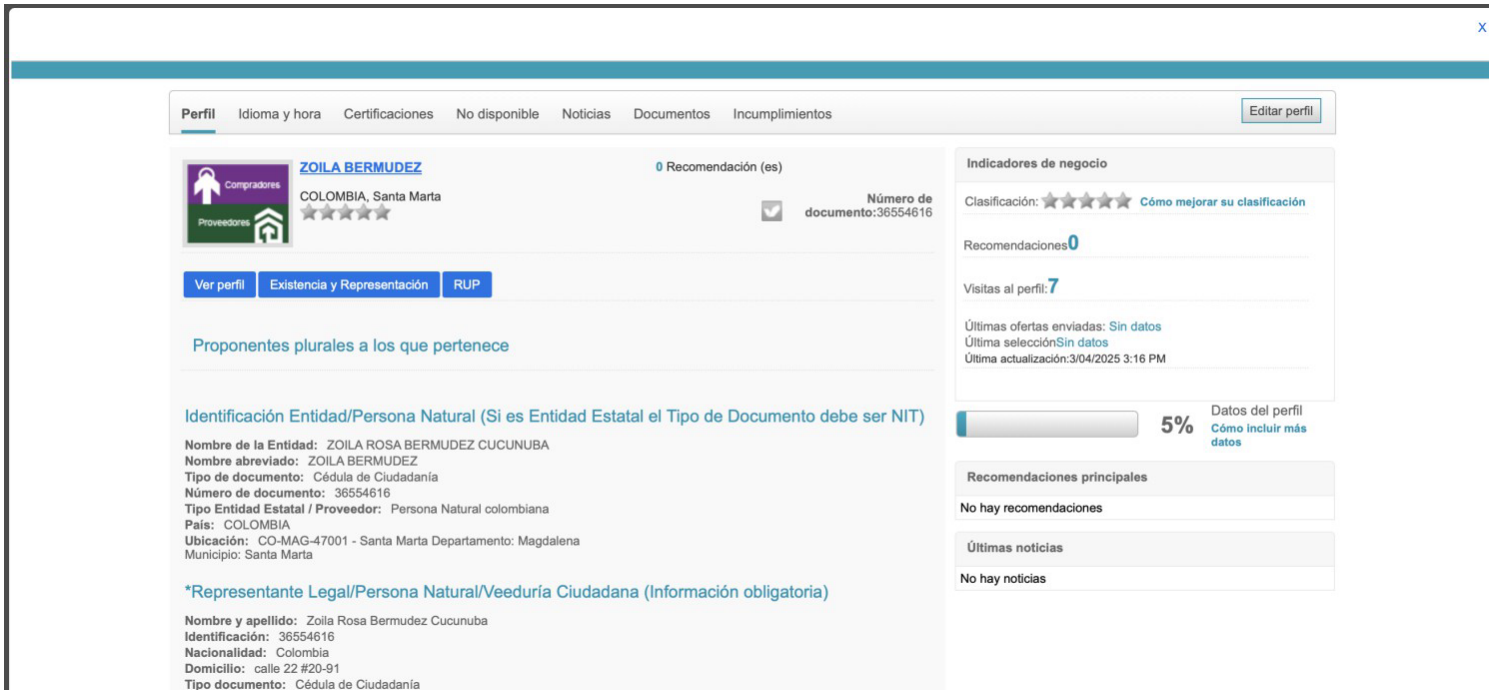

x
Perfil
Idioma y hora
Certificaciones
No disponible
Noticias
Documentos
Incumplimientos
Editar perfil
Compradores
Proveedores
ZOILA BERMUDEZ
COLOMBIA, Santa Marta
0 Recomendación (es)
Número de documento:36554616
Ver perfil
Existencia y Representación
RUP
Proponentes plurales a los que pertenece
Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)
Nombre de la Entidad: ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA
Nombre abreviado: ZOILA BERMUDEZ
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 36554616
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena
Municipio: Santa Marta
*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)
Nombre y apellido: Zoila Rosa Bermudez Cucunuba
Identificación: 36554616
Nacionalidad: Colombia
Domicilio: calle 22 #20-91
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
Indicadores de negocio
Clasificación:
Cómo mejorar su clasificación
Recomendaciones0
Visitas al perfil:7
Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selecciónSin datos
Última actualización:3/04/2025 3:16 PM
5%
Datos del perfil
Cómo incluir más datos
Recomendaciones principales
No hay recomendaciones
Últimas noticias
No hay noticias

**Santa Marta D.T.C.H, ABRIL 2026**

Señores:

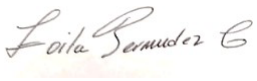
**DR HAROLDO PIZARRO NAY GERENTE ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND**

**ASUNTO: PROPUESTA DE SERVICIOS PROFESIONES- TRABAJO SOCIAL**

Cordial saludo,

**ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBÁ** identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.554.616 expedida en Santa Marta D.T.C.H y residenciada en la misma, me permito presentar respetuosamente mediante el presente escrito la propuesta formal de mis servicios profesionales en el área de Atención al usuario dentro del cual se pueden resaltar actividades de apoyo en los procesos de información y atención al usuario - Cliente interno y externo de la E.S.E Aleprorev, recepción, análisis y evaluación de quejas , sugerencias, reclamos, peticiones y denuncias en las diferentes UPSS del distrito y servir de soporte al profesional asignado para la dependencia de atención al usuario en todas las actividades relacionadas con el área en cuestión.

Por lo anterior agradezco se tenga en cuenta mi solicitud para el proceso de contratación a realizar.



**ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBÁ**
**CC:** 36.554.616
Santa Marta D.T.C.H
**Teléfono:** 3014754026
**Dirección**: Cll 22 # 20-91 – Barrio Jardín
**Correo electrónico**: zoilabermudezsiau@gmail.com

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| BERMUDEZ | CUCUNUBA | ZOILA ROSA |

| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* | *GENERO* | *NACIONALIDAD* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 36554616 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

*LIBRETA MILITAR*
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 27 MES 01 AÑO 1965

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CALLE 22N 20 91 APARTAMENTO 201 JARDIN

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3014754026 EMAIL zoilabermudezsiau@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 | 1982 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***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).

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN* | | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | *SI* | *NO* | | *MES* | *AÑO* | |
| PREGRADO | 10 | X | | TRABAJO SOCIAL | 11 | 1987 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

*DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:*

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| *INSTITUCIÓN* | *MODALIDAD* | *No. TOTAL HORAS* | *GRADUADO* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS* | *TERMINACIÓN* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | *SI* | *NO* | | *MES* | *AÑO* |
| NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERNZA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 48 | X | | MANEJO DEL DUELO | 06 | 2024 |
| NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 100 | X | | ATENCION A PACIENTES QUEMADOS | 07 | 2025 |
| nuestra señora de la esperanza | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 80 | X | | CODIGO GRIS | 07 | 2025 |

## 4 IDIOMAS

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* |
| ESPAÑOL | | | X | | | X | | | X |

## 5 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* |
|---|---|---|---|
| ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 07 | *Mes* | 01 | *Año* | 2026 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| 16/2014 - TRABAJADORA SOCIAL | "CONSULTA EXTERNA" | AVENIDA null 25 null 67 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4351719 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 09 | *Año* | 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>16/2014 - TRABAJADORA SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CALLE null 24 147 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4351719 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 05 | *Año* | 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>13295/TRABAJADOR SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CALLE null 24 147 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 12 | *Año* | 2009 | *Día* | 16 | *Mes* | 07 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ATENCION AL USUARIO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AV LIBERTADOR N 25-67 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4361719 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 03 | *Año* | 2025 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>TABAJADORA SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CALLE null 24 147 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4351719 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 01 | *Año* | 2025 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>13295/TRABAJADOR SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CALLE null 24 147 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4351719 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>13295/TRABAJADOR SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CALLE null 24 147 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 07 | *Año* | 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>16/2014 - TRABAJADORA SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA 24 25 67 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4237010 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 | *Día* | 20 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ATENCION AL USUARIO | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA 25 67 null | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4351719 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 12 | *Año* | 2009 | *Día* | 16 | *Mes* | 07 | *Año* | 2012 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>363/2013 - TRABAJADORA SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AV LIBERTADOR N 25-67 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 26 | *Mes* | 01 | *Año* | 2006 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2008 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>AREA PSICOSOCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Av del Ferrocarril 25-65 - Santa Marta | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES- EN LIQUIDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 03 | *Año* 1995 | *Día* | 22 | *Mes* | 09 | *Año* | 1999 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ATENCION AL USUARIO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CRA4TA CON CALLE28 | | | | | |

## 6 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* | | | | | |

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 5 | 2 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 22 | 6 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 ABRIL 2026

ZOILA BERMUDEZ C

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

**9 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*

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 | 2026-04-03 17:00 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ZOILA | ROSA | BERMUDEZ | CUCUNUBA |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 36554616 |

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 | ALEJANDRO PROSPERO REVERAND |
|---|---|

Lugar de sede

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | SANTA MARTA |

| Dirección | ["Av Libertador N° 25-67"] |
|---|---|
| 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 año gravable 2023 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $3.523.419,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $3.523.419,00 |

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 CORRIENTE | COLOMBIA | $1.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 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 |
|---|---|---|---|
| ELBERTO | RAFAEL | OSPINO | OSPINO |

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA  Número: 8535857

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:

| |
|---|
| |

## Resultados de la búsqueda

| Declarante | Descargar | Entidad | Cargo/Contratista | Tipo de publicación | Declaración No. | Fecha de publicación | Estado declaración |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA<br>CEDULA DE CIUDADANIA - 36554616 | **Declaración Ley 2013 de 2019** | ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | CONTRATISTA | INGRESO | **2009062-04**<br>Corrección de 2009062-03 | 2026-04-03 17:00 | FINALIZADO |
| ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA<br>CEDULA DE CIUDADANIA - 36554616 | **Declaración Ley 2013 de 2019** | ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | CONTRATISTA | INGRESO | 2009062-03<br>Corrección de 2009062-02 | 2025-12-02 18:17 | FINALIZADO |
| ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA<br>CEDULA DE CIUDADANIA - 36554616 | **Declaración Ley 2013 de 2019** | ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | CONTRATISTA | INGRESO | 2009062-02<br>Corrección de 2009062-01 | 2025-02-16 08:35 | FINALIZADO |
| ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA<br>CEDULA DE CIUDADANIA - 36554616 | **Declaración Ley 2013 de 2019**<br>**Visualizar declaración de Renta** | ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | CONTRATISTA | INGRESO | 2009062-01<br>Declaración inicial | 2024-09-11 16:37 | FINALIZADO |




Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1965**

**SANTA MARTA**
**(MAGDALENA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.55** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**14-SEP-1983 SANTA MARTA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

A-2100100-00125001-F-0036554616-20081106 **00053**75408A 2 4470009111

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141226784521

(415)7707212489984(8020) 000014122678452 1

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 36554616 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BERMUDEZ | CUCUNUBA | ZOILA | ROSA |

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 22 20 91 AP 201

42. Correo electrónico: zoilabermudezsiau@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 5 7 | 3 0 1 4 7 5 4 0 2 6 | |

## 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 |
| 7 2 2 0 | 2 0 2 5 1 2 1 5 | 7 4 9 0 | 2 0 1 6 0 5 1 1 | 8 6 9 9 | | | 2 4 4 6 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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

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: BERMUDEZ CUCUNUBA ZOILA ROSA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 26-12-2025 11:48:12AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Inicio

Validar sesión / Perfil

Salir

Consultas 4

Usuarios

Afiliados

Terceros

Traslados

## Descargas

Autorización Tratamiento de Datos Personales | Compromiso de confidencialidad | Formulario SARLAFT | Lista de Exámenes Médicos

# Perfil - Formulario Precontractual

Inicio > Asocia2 > Perfil

## Datos Personales

Actualización

| Fecha Última Actualización | Nombre de usuario | Correo electrónico |
|---|---|---|
| 2024-11-30T17:01:22.000 | ZOILA ROSA BERMUDE | zoilabermudezsiau@gm |

| Tipo de Documento | Cédula | Lugar de Expedición del Documento |
|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía | 36554616 | SANTA MARTA |

| Fecha de Expedición | Sexo | Identidad de Género |
|---|---|---|
| 14/9/1983 | emenino | Heterosexual |

| Estado Civil | Nacionalidad: Colombiano |
|---|---|
| Casado(a) | Si selecciona "Otro"... |

| Fecha de Nacimiento | Lugar de nacimiento | Dirección de Residencia |
|---|---|---|
| 27/1/1965 | SANTA MARTA | CALLE 22#20-91 |

Municipio: SNATA MARTA

Departamento: MAGDALENA

¿Tiene hijos? Si  Número de hijos: 2

Personas a cargo: 0

Celular: 3014754026

Tipo de Vivienda: Familiar

Estrato: 6

Zona de residencia: Urbana

¿Tiene discapacidad? NO

¿Cuál(es)?...

¿Pertenece a un grupo étnico? No

¿Es usted victima del conflicto?: NO

¿Es usted víctima de desplazamiento?: NO

Idioma Nativo: Español

## Informacion Profesional y Laboral

Actualización

Tipo de Ocupación: Contratista

Nivel de Escolaridad: Universitario

Título obtenido: TRABAJADORA SOCIAL

Fecha del Título: 7/12/1987

¿Primer Empleo?

○ Sí

◯ No

## Contrato Vigente o Inmediatamente Anterior

Actualización

Nombre de la Empresa

ESE ALJANDRO PROSPER

Tipo de Entidad

Pública

Ubicación de la entidad: PAIS-DEPARTAMENTO-CIUDAD

COLOMBIA, MAGDALENA

Email de la Entidad

citas@esealprorev.gov.co.

Actividad Contractual

TRABAJADORA SOCIAL

Tipo de afiliación: Régimen contributivo

EPS: EPS SANITAS

¿Está inscrito en el SISBÉN?

Sí

Actualizar Datos

## Avatar

Imagen del Usuario



Seleccionar archivo  Imagen 1.jpg

Actualizar imagen

# AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y demás normativas vigentes en Colombia en materia de protección de datos personales, la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, con NIT 819.004.070, actuando como responsable del Tratamiento de Datos Personales, solicita a sus empleados, contratistas y demás vinculados, la autorización expresa para la recolección y tratamiento de sus datos personales.

Al aceptar esta autorización, usted consiente de manera libre, previa, expresa, voluntaria e inequívoca, que la E.S.E Alejandro Prospero Reverend recoja, almacene, procese, transmita y transfiera sus datos personales, los cuales se utilizarán para fines relacionados con la gestión de talento humano, contratación, cumplimiento de obligaciones contractuales y laborales, desarrollo de políticas internas, y demás propósitos necesarios para el desarrollo de la misión de la entidad.

**Finalidades del Tratamiento de Datos Personales:** La E.S.E Alejandro Prospero Reverend tratará sus datos personales para gestionar el vínculo laboral o contractual, lo que incluye procesos administrativos como nómina, prestaciones sociales, seguridad social, consultar sus datos en en las siguientes bases de datos: Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional, Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República, Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional y RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (solo personal de salud) y, facilitar la comunicación con usted. Además, los datos se usarán para cumplir con las políticas internas de la empresa, normas laborales, seguridad de la información, y administrar el acceso a sistemas, activos, así como el control de asistencia y desempeño.

**Derechos del Titular:** Como titular de los datos personales, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar prueba de la autorización para el tratamiento de sus datos. Puede ser informado del uso de sus datos, revocar la autorización o solicitar la supresión de los mismos, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend a través de los siguientes canales:

- Sede Administrativa, Av. Libertador # 25 - 67, Santa Marta D.T.C.H., Magdalena
- Correo electrónico: tratamientodatospersonales@esealprorev.gov.co
- Teléfono: +57 333 033 4416
- Página web: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co/

**Aceptación y Firma:** Leído lo anterior, al firmar este documento, usted autoriza de manera libre, expresa e inequívoca a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo establecido.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el de ABRIL de 2026

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA: |  |
| NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA | ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA |
| N°. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA | 36554616 |

Vigilado Supersalud

# COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, y **[ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUNBA]**, identificado(a) con **[CC 36554616]**, en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

**Naturaleza de Acuerdo**
Este es un acuerdo de confidencialidad **unilateral**, en el cual la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** será la única parte que revelará información confidencial al colaborador. Por lo tanto, El colaborador se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso, sin tener derecho a compartirla ni utilizarla para fines distintos a los autorizados.

**Objeto del Acuerdo**
El presente acuerdo tiene como objetivo proteger la información de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, a la que el colaborador tenga acceso durante el ejercicio de sus funciones y/o actividades. Esta información incluye, pero no se limita a, datos técnicos, operativos, administrativos y cualquier otra información relacionada con la misión de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** en la prestación de servicios de salud, manejo de casos clínicos, datos sobre pacientes, procedimientos internos, estrategias de negocio, listas de usuarios o proveedores, y cualquier otra información según las políticas internas de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Este acuerdo también se ajusta a las disposiciones generales del Código Civil, Libro IV, sobre las obligaciones y contratos, así como a los artículos 194 y 308 del Código Penal, en relación con la divulgación de documentos reservados y violación de la reserva industrial o comercial.

**Obligaciones del colaborador**
El colaborador se compromete a:

- Cumplir con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015. Además, aplicar los procedimientos y lineamientos contemplados en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, los cuales están disponibles en la página web oficial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co.
- No divulgar, compartir o utilizar la información confidencial para fines distintos a los autorizados expresamente por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.
- Proteger la información a través de las medidas de seguridad proporcionadas por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, así como aquellas requeridas por la naturaleza de la información.
- No realizar copias, reproducciones o almacenamientos no autorizados de la información.
- Devolver cualquier información confidencial que esté bajo su custodia al término de la relación laboral o contractual, sin conservar copias en ningún formato.
- Reportar de inmediato cualquier incidente o brecha de seguridad que pueda comprometer la información confidencial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

**Uso de la Información**

Vigilado Supersalud

El colaborador sólo podrá utilizar la información confidencial para los fines expresamente autorizados por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, en el marco de sus actividades laborales o contractuales.

**Duración del Compromiso**
Este compromiso se mantendrá vigente durante todo el periodo en que el colaborador preste sus servicios a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** y continuará de forma indefinida después de la terminación de la relación laboral o contractual, independientemente de las causas de dicha terminación.

**Consecuencias del Incumplimiento**
El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acuerdo dará lugar a sanciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato, además de posibles acciones civiles, administrativas y penales, según la normativa vigente.

**Excepciones**
Este acuerdo no será aplicable a la información que sea requerida por una autoridad judicial o administrativa, siempre y cuando El colaborador notifique previamente a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** sobre dicha obligación de divulgación.

**Firma y Aceptación**
El colaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el de **ABRIL** de 20**26**

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL COLABORADOR: |  |
| NOMBRE COLABORADOR | ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA |
| N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR | 36554616 |

Vigilado Supersalud

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 293882168

PIB
18:17:33

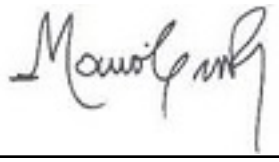

Bogotá DC, 06 de abril del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 36554616:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

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 36554616 **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 03/04/2026 05:31 PM

Código Verificación: **AJ3GPQERVY**

Válida hasta: **02/07/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

La República de Colombia

Por autorización del Ministerio de Educación

# La Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar

Aprobada por Resolución 02564 del 31 de Dic. de 1985 del Ministerio de Educación Nacional

confiere el título de

# Trabajadora Social

A **ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA**

con cédula de ciudadanía No. 36.554.616 de SANTA MARTA (MAGD.)

y en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla a los 18 día del mes de DICIEMBRE 198 7 y lo refrenda con las firmas y sellos de rigor.

El Rector.

El Gobernador del Departamento.

El Decano de la Facultad.

El Secretario de Educación.

El Secretario General.

El Director de Tesis.

El Examinador.

El Examinador.

Registrado en el Folio No. 172 del Libro de Diplomas 55.- Secretaría Educación del Departamento del Atlántico.

Escaneado con CamScanner

**Corporación Educativa Mayor del Desarrollo**
**Simón Bolívar**

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL.APROBADA POR RESOLUCION NO. 02564 DE DIC.31.1985.EMANADA DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL.-

ACTA DE GRADO NO. 39

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los 18 días del mes de Diciembre de 1987, se reunieron en el salón de Actos de la Casa de la Cultura de esta Corporación, la Sala General y el Consejo de Gobierno para otorgar por intermedio del señor Rector Dr. JOSE CONSUE GRA HIGGINS, el título de TRABAJADORA SOCIAL A :

ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA, con CC.No.36.554.616 de Santa Marta(Magd), quien luego de cumplir con los requisitos exigidos escrito y sustentado una tesís de Grado titulada:

" MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES SICOSOCIALES DEL PACIENTE DE HAUSEN Y SU FAMILIA ".

La cual fué aprobada por el jurado calificador, permitiendole obtener el título de TRABAJADORA SOCIAL, según Normas y Leyes del Estado Colombiano.

Para constancia se firma y sella en Barranquilla, a los 18 días del mes de Diciembre de 1987.

FDO.EL SEÑOR RECTOR DR.JOSE CONSUEGRA HIGGINS.FDO.EL SECRETARIO GRAL.DR.RAFAEL BOLAÑO MOVILLA.FDO.EL DECANO DE LA FAC. DE TRABAJO SOCIALDR.JORGE H.TORRES DIAZ.

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL.

RAFAEL BOLAÑO MOVILLA
SECRETARIO GRAL.

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre

El Ateneo Moderno de Santa Marta (Magdalena)

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 13816 del 24 de Noviembre de 1977

Confiere a:

Zoila Rosa Bermúdez Cucurubá

Identificado con T.I. No. 00037 de Santa Marta

El título de:

# Bachiller Académico

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

Rector(a)

Secretario(a)

Santa Marta, veintiseis de Nv. 1982

Anotado al folio 93 Libro de Registro No. 1 Reg.# 359

REPUBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Magdelena
Sección Educación Media

JEFE

Secretario de Educación,

Santa Marta 14 de Diciembre de 1982

Escaneado con CamScanner

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

El **Consejo Nacional de Trabajo Social (CNTS)** otorga el presente:

# *Certificado de Registro Profesional*

A favor de

## *Zoila Rosa Bermudez Cucunuba*

Identificado(a) con el número de registro profesional y documento de **identificación:**

N° 36554616

Quien ha cumplido con los requisitos establecidos en la Ley 53 de 1977 y el Decreto 2833 de 1981 para ejercer legalmente en la República de Colombia como profesional de:

## *Trabajo Social*

Otorgado con base al título universitario expedido por:

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR**

**Fecha de Grado:**

Ene. 1, 1987

**Autenticidad, Verificación y Vigencia**

Inscripción expedida y aprobada por el CNTS mediante la Resolución No.

**008 - 31 de Agosto de 1989 - Bogotá D.C.**

El registro ante el CNTS como profesional no vence. Debe verificar antecedentes o la autenticidad de los datos, escanee el código QR o visite la web: cnts.gov.co/validarregistro con el NUIP o Número de Identificación.

Elaborado automáticamente por Ejerzo Legalmente
cnts.gov.co/ejerzo

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL - NIT 800005991
Dir.: Calle 78 # 12 A 15, Barrio Espartillal - Localidad Chapinero
Bogotá, D. C. - Colombia
correogeneral@cnts.gov.co
(+57) 320 304 808 20 - (+57) 320 304 8933

Este certificado se expide junto con una copia digital de:







## IMPORTANTE:

El registro ante el **Consejo Nacional de Trabajo Social (CNTS)** como profesional no vence.

## VERIFICACIÓN LEGAL:

**Pasos**

1. Escanear el código QR del certificado digital o visite la web: cnts.gov.co/validarregistro
2. Digitar el NUIP o Número de Identificación del Profesional.
3. Comparar la información entre la web y el certificado.

**Para verificar:**

- Autenticidad del certificado.
- Vigencia o estado de registro profesional.
- Antecedentes disciplinarios.

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL - NIT 800005991
Dir.: Calle 78 # 12 A 15, Barrio Espartillal - Localidad Chapinero
Bogotá, D. C. - Colombia
correogeneral@cnts.gov.co
(+57) 320 304 808 20 - (+57) 320 304 8933

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

# CERTIFICADO DE VIGENCIA Y ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

## EL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

## CERTIFICA:

1. Que ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA identificada con cédula de ciudadanía número 36554616 de Santa Marta, se encuentra inscrita como trabajadora social en este Consejo según el artículo sexto de la Ley 53 de 1977.
2. Que su registro profesional tiene el número 36554616 con código interno 018043614 y con fecha de inscripción 13 de Julio de 1988, resolución de inscripción 008 del 31 de Agosto de 1989.
3. Que el registro profesional está vigente.
4. Que revisados los archivos de los casos tratados por el Comité de ética, hasta la fecha, esta persona no ha sido sancionada por faltas contra la ética profesional.
5. Que este certificado tiene vigencia por seis (6) meses a partir de su expedición.

Bogotá D.C., 03 de Abril de 2026.

**Elaborado por EjerzoLegalmente**

Valide éste documento ingresando el código **ZRiEcR** en el siguiente enlace.
https://ejerzo.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/public/documentmanagement/validate

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Zoila Rosa Bermudez Cucunuba*

## *CC 36554616 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso abordaje integral a víctimas de violencia sexual (AIVVS) - CODIGO GRIS con un total de 80 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-07-01
Fecha de vencimiento: 2027-07-01

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
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 3206
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*

# *Zoila Rosa Bermudez Cucunuba*

*CC 36554616 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-06-07
Fecha de vencimiento: 2026-06-07

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
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 3206
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*

# *Zoila Rosa Bermudez Cucunuba*

## *CC 36554616 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019
con un total de 100 Horas.

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

Fecha de emisión: 2024-07-01
Fecha de vencimiento: 2026-07-01

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

Salud y bienestar a tu alcance

Santa Marta, 19 de diciembre de 2022

Señor(a).
**ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA**
zoilabermudezsiau@gmail.com

**ASUNTO:** Respuesta a su solicitud de fecha 13 de diciembre de 2022.

**SERGIO HERNANDEZ MORENO**, actuando como jefe de la Oficina Jurídica Asesora de la E.S.E Alejandro Prospero Reverend, de manera respetuosa y dentro de los términos de ley, me permito da respuesta sobre la petición de la contratista **ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA**, identificado con cedula de ciudadanía No. 36.554.616 expedida en Santa Marta, Magdalena.

Al respecto revisada la información contractual que reposa en la entidad, la peticionaria cuenta en la actualidad con un contrato de prestación de servicios vigente, N° 421 del 17 de enero de 2022 por la vigencia de siete (7) meses y catorce (14) días, con el acta modificatoria N° 421-1 del 01 de septiembre de 2022 por la vigencia de tres (3) meses y veintidós (22) días bajo el objeto contractual de, ***PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA APOYAR A LA UNIDAD FUNCIONAL ADMINISTRATIVA DE ATENCION AL USUARIO EN LAS UPSS DE LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND***, además de haber desarrollado los contractos relacionados a continuación.

| NUMERO DE CONTRATOS | FECHA DE INCICIO | VIGENCIA | OBJETO |
|---|---|---|---|
| 267 | 18-01-2019 | 2MESES | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA APOYAR A LA UNIDAD FUNCIONAL ADMINISTRATIVA DE ATENCION AL USUARIO EN LAS UPSS DE LA E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND |
| 563 | 18-03-2019 | 3 MESES | |
| 1058 | 18-06-2019 | 4 MESES Y 13 DIAS | |
| 1481 | 01-11-2019 | 2 MESES | |
| 436 | 03-02-2020 | 2 MESES Y 27 DIAS | |
| 506 | 04-05-2020 | 3 MESES | |
| 1175 | 31-07-2020 | 2 MESES | |
| 1175-1 | 28-09-2020 | 1 MES | |
| 1471 | 30-10-2020 | 2 MESES | |
| PS-0363 | 19-01-2021 | 5 MESES | |
| PS-1120 | 01-08-2021 | 2 MESES | |
| PS-1725 | 01-10-2021 | 3 MESES | |
| No-421 | 17-01-2022 | 7 MESES Y 14 DIAS | |
| No-421-1 | 01-09-2022 | 3 MESES Y 22 DIAS | |

Así mismo se aclara que no existe, ni existió un tipo de relación laboral con la peticionaria, de igual manera esta respuesta no constituye acto administrativo.

**SERGIO HERNANDEZ MORENO**
Jefe de oficina jurídica asesora
E.S.E. Alejandro Prospero Reverend



CS Escaneado con CamScanner

FACTURAS Y PROCESOS DE LA COSTA E.A.T
NIT 900.381.618-1
Centro Comercial la 22 Carrera 6 con calle 22 Local 20 Tel: 4226112

**CERTIFICA**

Que **ZOILA BERMUDEZ CUCUNUBA,** identificada con la Cedula de Ciudadanía No. **36.554.616 de Santa Marta,** Mantiene una relación contractual comercial en esta empresa asociativa de trabajo, desde el 4 de Abril del 2013 hasta la fecha, con un convenio comercial a término fijo, en el cargo de **TRABAJADORA SOCIAL** en la **E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND,** con un salario mensual de **UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS DOCE PESOS ($ 1.680.512) PESOS.**

Se expide el presente documento de acuerdo a la ley, para los fines que el interesado crea conveniente, en Santa Marta a los Treinta (30) días del mes de Junio del 2017.

Atentamente,

FACTURAS Y PROCESOS DE LA COSTA E.A.T. / NIT 900.381.618-1

**Jaquelin Jiménez**
**Coordinadora Administrativa.**

Escaneado con CamScanner

Salud y bienestar
a tu alcance

***LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE JEFE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ALEJANDRO PROSPERO REVEREND"***

***CERTIFICA:***

*Que **BERMUDEZ CUCUNUBA ZOILA ROSA**, identificada con cédula de ciudadanía número **36.554.616** expedida en Santa Marta, presta sus servicios profesionales como **TRABAJADORA SOCIAL**, en la Clínica la Castellana de la Empresa Social del Estado **"E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND"**, en el proceso del SIAU, según los siguientes Contratos de Prestación de Servicios:*

- *Contrato de Prestación de Servicio N° 0238, periodo comprendido entre el día 16 de julio 2012 a la fecha.*
- *Contrato de Prestación de Servicio N° 0131, periodo comprendido entre el día 16 de abril 2012 al día 15 de julio de 2012.*
- *Contrato de Prestación de Servicio N° 0060, periodo comprendido entre el día 02 de enero 2012 al día 15 de abril del año 2012.*
- *Contrato de Prestación de Servicio N° 360, periodo comprendido entre el día 02 de noviembre 2011 al día 31 de diciembre del año 2011.*
- *Contrato de Prestación de Servicio N° 233, periodo comprendido entre el día 29 de junio 2011 al día 31 de octubre del año 2011.*
- *Contrato de Prestación de Servicio N° 182, periodo comprendido entre el día 04 de abril 2011 al día 15 de junio del año 2011.*
- *Contrato de Prestación de Servicio N° 0045, periodo comprendido entre el día 03 de enero 2011 al día 31 de marzo del 2011.*
- *Contrato de Prestación de Servicio N° 0202, periodo comprendido entre el día 02 de agosto 2010 al día 15 de diciembre del 2010.*
- *Orden de Servicio N° 066, periodo comprendido entre el día 18 de enero 2010 al día 30 de junio 2010.*
- *Orden de Servicio N° 0149, periodo comprendido entre el día 15 diciembre de 2009 al 31 de diciembre del 2009.*

*Recibe como honorarios mensuales la suma de **DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000.°°).***

*La presente certificación se expide a los **once (11) días del mes de agosto del 2012**, a solicitud de la parte interesada.*

***OLGA LUCIA LOPEZ CIFUENTES***
*Profesional Universitario*
*Jefe Talento Humano E.S.E.*

Escaneado con CamScanner

Libertad y Orden

República de Colombia
Ministerio de Salud
**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**
**Regional Magdalena**
**Grupo Administrativo y Financiero**
**Oficina Gestión Humana**

47-40000 - 48

**EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028-14 EN ENCARGO, CON FUNCIONES DE COORDINADOR DEL GRUPO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO ICBF REGIONAL MAGDALENA,**

**CERTIFICA**

Que la Licenciada **ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA**, identificada con la cédula de ciudadanía No 36.554.616 expedida en santa Marta, estuvo vinculada al ICBF mediante contrato definido de prestación de servicios profesionales No. 442 del 26 de enero del 2006 hasta el 30 de noviembre del 2006, cuyo objeto fue el Aplicar el sistema de supervisión de los contratos de aportes a unidades de servicio de las modalidades hogares Sustitutos de los centros zonales Santa Marta 3 y Ciénaga.

Que actualmente se encuentra vinculada mediante contrato de Prestación de servicios profesionales No. 0425 del 23 de febrero de 2007, hasta el 30 de junio del mismo año, con el objeto de prestar servicios en el área de Trabajo Social para que apoye el desarrollo de actividades relacionadas con el proyecto 140- protección.

Dado en Santa marta, a los seis (6) días del mes de junio de 2007.

**MARTA ISABEL DIAZGRANADOS FERNANDEZ**
Profesional Especializado 2028-14 en encargo, con funciones de
Coordinador del grupo Administrativo y Financiero
ICBF Regional Magdalena

**Elaboró: /Lucas/**
**Revisó: marina Castellar**
**Cscontratista**



Escaneado con CamScanner

INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN "INSECAR" LTDA
*Av. Del Libertador No. 14-52 Tel-Fax 4215937 Santa Marta*

## CERTIFICA

Que la licenciada ZOYLA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA, identificada con cédula de ciudadanía No. 36.554.616 expedida en Santa Marta, presta sus servicios a esta institución en su calidad de Trabajadora Social , con contrato de prestación de servicios profesionales No. 002, desde el 05 de Enero del 2005 , con una intensidad horaria de cuatro (8) horas y devengando honorarios mensuales de Un millón de Pesos ($1.000.000)

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los veintidós (21) días del mes de Septiembre de 2005.

Instituto Neuro Psiquiátrico
NUESTRA SRA. DEL CARMEN
INSECAR
Dirección Local

KATIA MEJIA FONTALVO
ADMINISTRADORA

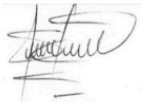
Escaneado con CamScanner

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36554616,** se encuentra afiliado/a desde **04/06/1991** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de abril de 2026.



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

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Zoila Rosa Bermudez Cucunuba, identificado(a) con CC número 36554616, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 36554616 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Zoila Rosa Bermudez Cucunuba |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 27/01/1965 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/02/2016 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 238 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | 1441 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 43 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 31/12/2019 |
| NIVEL SISBEN | 1 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 36554616 ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA Desde 05/04/2023 - Vigente

Generado por interfaces 03/04/2026

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

# FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 | Versión: 003 | 11/ene/2025 | Fecha de creación: 06/feb/2023

## DATOS PERSONA NATURAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de documento | Cedula | Número de documento | 36554616 | Lugar de expedición | Santa Marta | | |
| Primer apellido | Bermudez | Segundo apellido | Cucunuba | Nombres | Zoila Rosa | | |
| Nacionalidad | Colombia | Dirección de domicilio | Calle 22 #20-91 | | | | |
| Departamento | Magdalena | Ciudad \| Municipio | Santa Marta | Correo electrónico | zoilabermudezsiau@Gmail.com | | |
| Número de contacto | 3014754026 | Lugar de nacimiento | Santa Marta | Fecha de nacimiento | 27/01/1991 | Estado civil | CASADA |
| Actividad principal que desempeña actualmente | Trabajadora social | | | | | Código actividad en RUT (4 dígitos) | 8699 |

## REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y nombres | Karen Domínguez | Dirección | Cra 12 n 20-34 | Teléfono | 3118763216 |
| Apellidos y nombres | | Dirección | | Teléfono | |

## PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)[1]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿Maneja recursos públicos? | Si [ ] | No [X] | ¿Tiene reconocimiento público? | Si [ ] | No [X] | ¿Ejerce algún grado de poder público? | Si [ ] No [X] |
| ¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta? | Si [ ] | No [X] | ¿Cuál? | | | | |

## INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso mensual | 3.550.000 | Otros ingresos mensuales | 0 | Total ingreso mensuales | 3.550.000 | Total egresos mensuales | 2.000.000 |
| Total activos | 2.550.000 | Total pasivos | 3.000.000 | Información financiera a corte | 1 ABRIL2026 | | |
| Indique el concepto de otros ingresos | | | | | | | |

## INFORMACIÓN BANCARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad bancaria | davivienda | Número de cuenta | 05550116500014307 | Tipo de cuenta | ahorro |
| Entidad bancaria | | Número de cuenta | | Tipo de cuenta | |
| Entidad bancaria | | Número de cuenta | | Tipo de cuenta | |

## OPERACIONES INTERNACIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Realiza negocios en moneda extranjera? | Si [ ] No [X] | Tipo de cuenta | |
| | | ¿Cuál? | |

## INFORMACIÓN BANCARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿Tiene productos financieros en moneda extranjera? | Si [ ] No [X] | Tipo de producto | | Número de producto | |
| | | Entidad financiera | | País | |

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

**1.** Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

**2.** Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
**3.** La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.
**4.** De manera irrevocable autorizo a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
**5.** Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
**6.** Eximimos a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend***, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

## DECLARACIONES ADICIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? | SI [ ] NO [X] | ¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton? | SI [ ] NO [X] |

## PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** como tratante de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.
La información y datos personales suministrados a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en https://www.esealprorev.gov.co
Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

SI [X] NO [ ]

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma

Vigilado Supersalud



@esealejandroprosperor ESE Alejandro Próspero Reverend @esealejandroprosperor
gerencia@esealprorev.gov.co

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**SANTA MARTA,** **03/04/2026**
**MAGDALENA,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ZOILA R BERMUDEZ CUCUNUBA** con **Cédula de Ciudadanía** número **36554616**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550116500014307** |
| Fecha de apertura | **19/04/2010** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**PREVENIR 1-A S.A**
NIt 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
INGRESO

| Tipo certificación: | Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○ |
|---|---|---|---|---|---|
| | Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○ | |

### DATOS DEL PACIENTE



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | 02/12/2023 09:14:00 | Cargo | TRABAJADORA SOCIAL | | |
| Empresa | PARTICULAR | | | | |
| Nombre | ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA | | | | |
| Doc. Identidad | CC 36554616 | Edad | 58 Años | Género | Femenino |
| Dirección | CL 22 #20-91 AV SANTA RITA | | | Teléfono | 3014754026 |
| Escolaridad | Profesional | | | | |
| Eps | EPS SANITAS | | | | |

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRIA

### CONCEPTO
Sin restricciones para el cargo

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES
PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS
EJERCICIOS FUNCIONALES.
USO PERMANENTE DE LENTES MEDICADOS.

– CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA DE LA EPS.

–CONTROL POR MEDICINA GENERAL DE LA EPS ANTE SIGNOS DE ALARMA.

– DEBE SEGUIR LA SIGUIENTE RECOMENDACION: REPORTAR SINTOMAS RESPIRATORIOS Y SIGNOS DE ALARMA AL COORDINADOR INMEDIATO, COORDINADOR DE SST O JEFE DE TALENTO HUMANO.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2.022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

### RESTRICCIONES LABORALES

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: ZOILA ROSA BERMUDEZ
CC: 36554616
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica



Escaneado con CamScanner

Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

# VISIOMETRÍA

Fecha examen: 02/12/2023

Doc. Identidad CC 36554616 Nombre ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA Fecha Nacimiento 27/01/1965
Entidad PARTICULAR Edad 58 años Ocupación TRABAJADORA SOCIAL
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa ESE Cargo TRABAJADORA SOCIAL Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn EPS EPS SANITAS ARL

## ANAMNESIS

Último Examen Visual FEB 2023 Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL (X) VP (X) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo (X) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca (X) Disminución visual de lejos (X) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

## AGUDEZA VISUAL

| CC | VL | VP | SC | VL | VP |
|---|---|---|---|---|---|
| OD | 20/20 | 0.50 | | 20/200 | 2.00 |
| OI | 20/20 | 0.50 | | 20/200 | 2.00 |
| AO | 20/20 | 0.50 | | 20/200 | 2.00 |

## LENSOMETRÍA

| | ESF | CIL | EJE | ADD |
|---|---|---|---|---|
| OD | | | ° | |
| OI | | | ° | |

## EXAMEN EXTERNO

| | OD | OI |
|---|---|---|
| Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival | ( ) | ( ) |
| Pterigio N | ( ) | ( ) |
| Pterigio T | ( ) | ( ) |
| Pinguécula | ( ) | ( ) |
| Nevus | ( ) | ( ) |
| Blefaritis | ( ) | ( ) |
| Blefaritis seborreica | ( ) | ( ) |
| Secreción | ( ) | ( ) |
| Leucoma Corneal | ( ) | ( ) |
| Ptosis palpebral | (X) | |
| Otros: | | |

## MOTILIDAD OCULAR

VL: ORTHO VP: ORTHO HISHBERG: CENTRADO
Ducciones: Versiones: PPC:

## INTERPRETACIÓN

| | OD | OI |
|---|---|---|
| No requiere corrección óptica | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo adecuadamente corregido | (X) | (X) |
| Defecto refractivo inadecuadamente corregido | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo no corregido | ( ) | ( ) |
| Gafas no formuladas | ( ) | ( ) |

## TEST OCUPACIONALES

| | Visión cromática | Vis. profun. | Vis. confron. |
|---|---|---|---|
| OD | Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( ) | | |
| OI | Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( ) | | |

## IMPRESION DIAGNOSTICA

| | OD | OI |
|---|---|---|
| Emetropia | ( ) | ( ) |
| Ametropia | (X) | (X) |
| Disminución visual | ( ) | ( ) |
| Otros: | | |

## RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría (X)

## RETINOSCOPÍA

Refracción:

| | Esfera | Cilindro | Eje |
|---|---|---|---|
| OD | | | |
| OI | | | |

Subjetivo: DP:

| | Esfera | Cilindro | Eje | AV | ADD |
|---|---|---|---|---|---|
| OD | | | | | |
| OI | | | | | |

## DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H524 PRESBICIA
H520 HIPERMETROPIA

## CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES
CONTINUAR CORRECCIÓN ÓPTICA DE USO PERMANENTE...

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

INGRESO

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

| REMISIÓN | SI ⊗ | NO ○ | ARL | SI ○ | NO ○ | EPS | SI ⊗ | NO ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente. Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: ZOILA ROSA BERMUDEZ
CC: 36554616
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

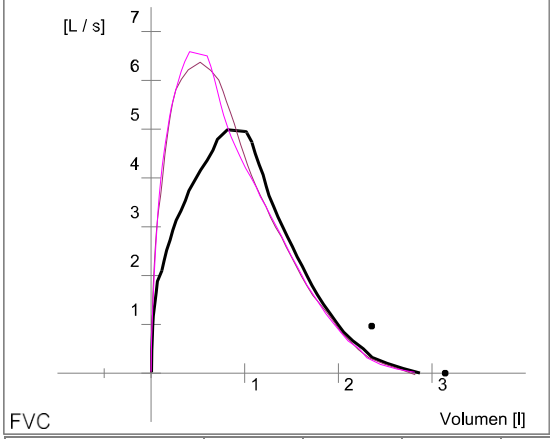
Captura Biometrica

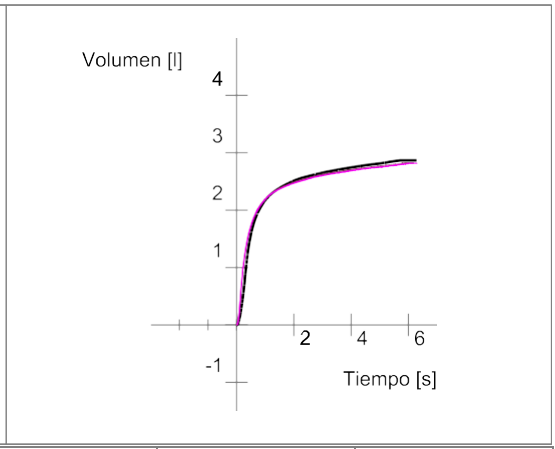


Escaneado con CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| | BTL-08 Spiro | Médico:BENAVIDES JOSE<br>Certificado a: FT. ANA VALENTINA GARCIA YANET; TP 1.004.372.471<br>12, SANTA MARTA, COLOMBIA |
| | **BERMUDEZ CUCNUBA ZOILA** | |
| | Fecha del Examen: 28/06/2024 08:45 a. m. | |
| | Identificación del paciente.:36554616 | |
| | **De vencimiento de la espirometría forzada (FVC Ex)** | |

| | | |
|---|---|---|
| Sexo: Femenino | Fecha de nacimiento: 27/01/1965 (59 Años) | Tipo: Latino Americano |
| Peso: 61 kg | Altura: 163 cm | Fumador: 0 cigarrillos / día |




| fecha / hora | | | | **28/06/2024 08:45 a. m.** | | 28/06/2024 08:46 a. m. | | 28/06/2024 08:46 a. m. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| medicamento | | | | **PRE** | | PRE | | PRE | |
| parámetro | unidad | Pred | LLN | Medida | % Pred | Medida | % Pred | Medida | % Pred |
| **FVC** | | | | | | | | | |
| FVC | l | 3,14 | 2,51 | **2,87** | **91** | 2,82 | 90 | 2,81 | 90 |
| FEV1 | l | 2,61 | 2,05 | **2,24** | **86** | 2,22 | 85 | 2,22 | 85 |
| PEF | l / s | - | - | **5,09** | **-** | 6,40 | - | 6,77 | - |
| FEV1/FVC | % | 83,01 | 73,03 | **78,24** | **94** | 78,89 | 95 | 78,95 | 95 |
| MMEF | l / s | 2,75 | 1,55 | **2,06** | **75** | 2,05 | 74 | 2,03 | 74 |
| MEF75 | l / s | - | - | **4,79** | **-** | 6,11 | - | 5,95 | - |
| MEF50 | l / s | - | - | **2,89** | **-** | 2,75 | - | 2,77 | - |
| MEF25 | l / s | 0,96 | 0,47 | **0,66** | **69** | 0,68 | 70 | 0,65 | 68 |
| Aex | l ^ 2 / s | - | - | **6,85** | **-** | 8,08 | - | 8,06 | - |

Interpretación ATS: espirometría normal
Predicción: GLI 2012. Examinado de acuerdo con las recomendaciones ATS/ERS 2005.
En la repetición: +FVC +FEV1 -ACC3, Aceptabilidad: -EV 0,183l +TEX 6,3s -Plateau

Calibración: 26/06/2024 / 003--0031507 Firma:

Impreso: 28/06/2024

ATP: 29/1010/61 [°C/mbar/%]

Copyright © BTL Industries Ltd. 2022



Licenciado a:PREVENIR 1-A S.A - MT, FT.

**INFORME DE INGRESO LABORAL**
DR: JUAN BAUTISTA CONTRERAS BRITTO
Médico – Cirujano
Magister Salud Publica
Seguridad y Salud en el Trabajo.
Celular: 3157335770

## INFORME DE INGRESO LABORAL

**IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

Nombres: ZOILA ROSA — Apellidos: BERMUDEZ CUCUNUBA
No. de Identificación: 36554616 — Edad: 60 años
Sexo: Femenino
Escolaridad: Profesional
Ocupación: Trabajadora social
Fecha y hora de la atención: 06/08/2025 08:00 Horas

DATOS DE LA EMPRESA:
NOMBRE: PARTICULAR
CARGO: MEDICO

SE PRACTICARON Y REVISARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS:

1. EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
2. VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA
3. RADIOGRAFIA DE TORAX
4. RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA.
5. HEMOGRAMA
6. BACILOSCOPIA - ESPIROMETRIA
7. MARIHUANA Y COCAINA EN ORINA
8. ALCOHOLEMIA
9. PSICOLOGIA

CONCEPTO DE APTITUD
**APTO PARA EL CARGO SIN PATOLOGÍA QUE GENERA RESTRICCIÓN.**

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Programa de prevención de
Lesiones Osteomusculares.
Programa de prevención de
Riesgo Cardiovascular.

RECOMENDACIONES:

1. Uso de elementos de protección personal asignado para la labor.
2. Realizar ejercicio diario por 20 min al día por lo menos durante 5 días.
3. Dieta Balanceada, mantenerse hidratado y evitar el consumo de bebidas azucaradas.
4. Mantener higiene postural y realizar pausas activas programadas para su cargo.
5. Realizar lavado de manos.

REMISIONES:

**INFORME DE INGRESO LABORAL**

DR: JUAN BAUTISTA CONTRERAS BRITTO
Médico – Cirujano
Magister Salud Publica
Seguridad y Salud en el Trabajo.
Celular: 3157335770

No aplican en este caso

RESTRICCIONES
No aplican en este caso

NOMBRE DEL PACIENTE: ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA

CÉDULA: 36554616

JUAN BAUTISTA CONTRERAS BRITTO
Resolución 0629 de 06/04/2017
R.M: 854 SSD

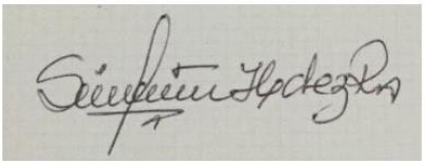
*Doctora Sixta Patricia Hernández Rocha*
*Psicóloga*
*Universidad Cooperativa de Colombia*

**CERTIFICADO PSICOLOGICO**

Certifico que la señora **ZOILA ROSA BERMÚDEZ CUCUNUBÁ**, identificada con C.C. No. 36.554.616, al momento de la evaluación psicológica, no manifiesta ningún tipo de psicopatología.

Ya que se encuentra ubicada en tiempo, espacio y persona, su pensamiento y lenguaje son coherentes, presenta funciones mentales superiores estables, se evidencia solides anímica y emocional, sin síntomas depresivos, ni ansiedad, no presenta alteraciones en la senso-percepción. Por lo cual, no se evidencia en el periodo evaluativo signos de alteración mental. En consecuencia se le considera una persona apta para el desempeño de sus actividades laborales.

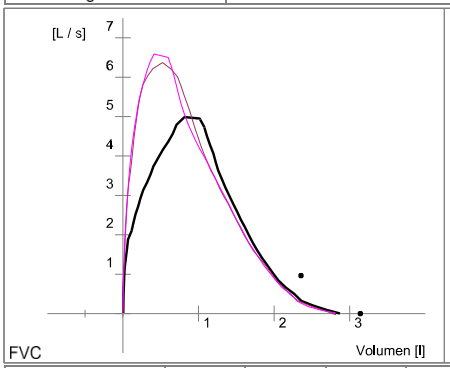
Se expide el presente informe psicológico a solicitud del interesado, para fines que estime conveniente. En la ciudad de Santa Marta a los 30 días del mes de Noviembre del 2023.

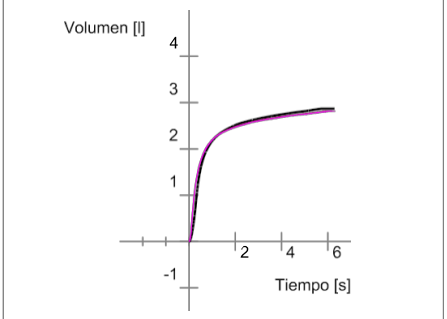


Sixta P. Hernández Rocha
Psicóloga
T.P 108653

| | | |
|---|---|---|
| | BTL-08 Spiro | Médico:BENAVIDES JOSE<br>Certificado a: FT. ANA VALENTINA GARCIA YANET; TP 1.004.372.471<br>12, SANTA MARTA, COLOMBIA |
| | **BERMUDEZ CUCNUBA ZOILA** | |
| | Fecha del Examen: 28/06/2024 08:45 a. m. | |
| | Identificación del paciente.:36554616 | |
| | **De vencimiento de la espirometría forzada (FVC Ex)** | |

| | | |
|---|---|---|
| Sexo: Femenino | Fecha de nacimiento: 27/01/1965 (59 Años) | Tipo: Latino Americano |
| Peso: 61 kg | Altura: 163 cm | Fumador: 0 cigarrillos / día |




| fecha / hora | | | | **28/06/2024 08:45 a. m.** | | 28/06/2024 08:46 a. m. | | 28/06/2024 08:46 a. m. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| medicamento | | | | **PRE** | | PRE | | PRE | |
| parámetro | unidad | Pred | LLN | Medida | % Pred | Medida | % Pred | Medida | % Pred |
| **FVC** | | | | | | | | | |
| FVC | l | 3,14 | 2,51 | **2,87** | **91** | 2,82 | 90 | 2,81 | 90 |
| FEV1 | l | 2,61 | 2,05 | **2,24** | **86** | 2,22 | 85 | 2,22 | 85 |
| PEF | l / s | - | - | **5,09** | **-** | 6,40 | - | 6,77 | - |
| FEV1/FVC | % | 83,01 | 73,03 | **78,24** | **94** | 78,89 | 95 | 78,95 | 95 |
| MMEF | l / s | 2,75 | 1,55 | **2,06** | **75** | 2,05 | 74 | 2,03 | 74 |
| MEF75 | l / s | - | - | **4,79** | **-** | 6,11 | - | 5,95 | - |
| MEF50 | l / s | - | - | **2,89** | **-** | 2,75 | - | 2,77 | - |
| MEF25 | l / s | 0,96 | 0,47 | **0,66** | **69** | 0,68 | 70 | 0,65 | 68 |
| Aex | l ^ 2 / s | - | - | **6,85** | **-** | 8,08 | - | 8,06 | - |

Interpretación ATS: espirometría normal
Predicción: GLI 2012. Examinado de acuerdo con las recomendaciones ATS/ERS 2005.
En la repetición: +FVC +FEV1 -ACC3, Aceptabilidad: -EV 0,183l +TEX 6,3s -Plateau

Calibración: 26/06/2024 / 003–0031507 Firma:

Impreso: 28/06/2024

ATP: 29/1010/61 [°C/mbar/%]

Copyright © BTL Industries Ltd. 2022



Licenciado a:PREVENIR 1-A S.A - MT, FT.

AISOM LTDA
Servicio de medicina integral

# Audiometria Tamiz



**Fecha:** 19/Jul/2025, **Hora:** 08:16:45 a.m. **HC:** # 97803
**Apellido:** Bermudez cucunuba **Nombre:** Zoila rosa **Edad:** 60 años
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 36554616 **Sexo:** Femenino ♀
**Direccion:** Calle 22 # 20-91 jardin
**Telefono:** **Celular:** 3014754026 **Email:** **Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** .:: no aplica ::.
**Peso:** 58 Kg **Estatura:** 154 Cm **IMC:** 24.4 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin definir
**EPS:** Sanitas **ARL:** Colpatria **AFP:** Colpensiones
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

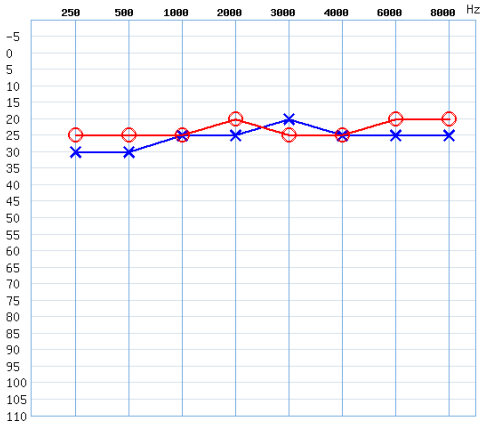
| Antecedentes | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Personales** | **Si/No** | **OI/OD** | **Personales** | **Si/No** | **Tiempo** | **Uso EPP** |
| Cirugia | No | Ninguno | Practica de tiro | No | | No |
| Otalgia | No | Ninguno | Presto el servicio militar | No | | No |
| Otorrea | No | Ninguno | Musica a alto volumen | No | | No |
| Plurito | No | Ninguno | Usa mp3 | No | | No |
| Ascufeno | No | Ninguno | Uso de motocicleta | No | | No |
| Vertigo | No | Ninguno | Actividades Acuaticas | No | | No |
| Consumo medicinas Ototoxicas | No | Ninguno | Frecuencia sitios ruidosos | No | | No |
| Consumo del cigarrillo | No | Ninguno | | | | |

| Antecedentes Laborales | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Empresa** | **Puesto de Trabajo** | **Duracion en la Empresa** | **Exposicion a Ruido** | **Jornada Laboral** | **Medidas de Control** |

## OTOSCOPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Oido Derecho** | Normal | **Oido Izquierdo** | Normal |
| **Observ** | | **Observ** | |
| **Gatiso OD** | | **Gatiso OI** | |

AISOM LTDA
Servicio de medicina integral




**PTA Oido Izquierdo** 25 23.75 **PTA Oido Derecho**

| | **250** | **500** | **1000** | **2000** | **3000** | **4000** | **6000** | **8000** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Oido Izquierdo:** | 30 | 30 | 25 | 25 | 20 | 25 | 25 | 25 |
| **Oido Derecho:** | 25 | 25 | 25 | 20 | 25 | 25 | 20 | 20 |

AISOM LTDA
Servicio de medicina integral

**Diagnostico Audiologico:**

Umbral Auditivo Bilateral Conservado

**Recomendaciones:**

Control Anual Y Seguir Recomendaciones

**Jose moreno**
Administrador

Zoila rosa bermudez cucunuba
CC 36554616

Huella
Digital

SYNLAB

RESULTADOS
**DE EXÁMENES**

NOMBRE :ZOILA ROSA BEMUDEZ CUCUNUBA
IDENTIFICACION : 36554616
EMPRESA :PARTICULAR

REFERENCIA: 202321189
FECHA 1 DIC 2023
EDAD 58 AÑOS F

## HEMATOLOGIA

| ESTUDIO | RESULTADO | | VALOR DE REFERENCIA | |
|---|---|---|---|---|
| **HEMOGRAMA AUTOMATIZADO** | | | | |
| **Estudio Leucocitario** | | | | |
| Leucocitos | **7.71** | x10^3 /uL | 4.50 - | 11.00 |
| **Recuento diferencial Relativo** | | | | |
| Neutrófilos | **46.2** | % | 40.3 - | 74.8 |
| Linfocitos | **29.7** | % | 12.2 - | 47.1 |
| Granulocitos Inmaduros | **0.1** | % | 0.0 | 0.6 |
| Monocitos | **6.1** | % | 4.4 - | 12.3 |
| Eosinófilos | **7.1** | % | 0.0 - | 4.4 |
| Basófilos | **0.8** | % | 0.0 | 0.7 |
| **Recuento Diferencial Absoluto:** | | | | |
| Neutrófilos | **6.89** | x10^3 /uL | 1.82 | 7.42 |
| Linfocitos | **2.59** | x10^3 /uL | 0.85 - | 3.00 |
| Granulocitos Inmaduros | **0.01** | x10^3 /uL | 0.00 | 0.09 |
| Monocitos | **0.53** | x10^3 /uL | 0.19 | 0.77 |
| Eosinófilos | **0.62** | x10^3 /uL | 0.03 | 0.44 |
| Basófilos | **0.07** | x10^3 /uL | 0.01 - | 0.05 |

**Analizado por,**

**MILENA VICTORIA GARCIA TORRES**
**PROFESIONAL DE PROCESAMIENTO T.P:**
*Copiado:*

RADIOIMAGENES RADIOLOGOS ASOCIADOS S.A.S.
Nit. 800.222.844-4

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del Paciente: | ***ZOILA BERMUDEZ CUCUNUBA*** | | |
| Fecha Nacimiento: | 27/01/1965 | Cédula/ID: | 36554616 |
| Referido Por: | Particular | Sexo: | M |
| Fecha del Estudio: | 07/07/2025 | Estudio ID: | 94756798 |

## RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

**TÉCNICA:**

Se realizó estudio en proyección AP y

**HALLAZGOS:**

La tráquea es de posición central.

La silueta cardiomediastinica es de amplitud normal.

Los hilios pulmonares se encuentran en adecuada posición.

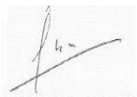
Los volúmenes pulmonares son normales.

No hay área de enfermedad del espacio aéreo.

No se visualiza derrame pleural.

Las estructuras óseas observadas son normales.

**CONCLUSIÓN:**
**ESTUDIO NORMAL.**



TOMAS ANTONIO CHARRIS CASTAÑEDA
ESPECIALISTA EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
3818/85

RADIOIMAGENES RADIOLOGOS ASOCIADOS S.A.S.
Nit. 800.222.844-4

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del Paciente: | ***ZOILA BERMUDEZ CUCUNUBA*** | | |
| Fecha Nacimiento: | 27/01/1965 | Cédula/ID: | 36554616 |
| Referido Por: | Particular | Sexo: | M |
| Fecha del Estudio: | 07/07/2025 | Estudio ID: | 94756799 |

## RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA

### TÉCNICA:

Se realizó estudio en proyección AP y lateral.

### HALLAZGOS:

La altura y configuración de los cuerpos vertebrales son normales. No hay colapso vertebral. Los espacios intervertebrales conservan su amplitud. No hay evidencia de espondilolistesis ni espondilólisis Las apófisis espinosas y transversas no muestran alteraciones. Lo evaluable de las articulaciones sacroilíacas es normal.

### CONCLUSIÓN: ESTUDIO NORMAL

TOMAS ANTONIO CHARRIS CASTAÑEDA
ESPECIALISTA EN IMAGENES DIAGNÓSTICAS
3018/05

SYNLAB

RESULTADOS
**DE EXÁMENES**

NOMBRE: ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA
INDENTIFICACION:36554616
EMPRESA: PARTICULAR

REFERENCIA:202316881
FECHA 1 DIC 2023
EDAD: 58 AÑOS F

## MICROBIOLOGIA

**BACILOSCOPIA**

| | |
|---|---|
| Tecnica: | Coloración de Ziehl Neelsen |
| Tipo de muestra: | ESPUTO |
| Numero de muestra: | Baciloscopia 3 |
| Resultado: | No se observan Bacilos Ácido Alcohol Resistentes |
| Calidad de la muestra: | Mucosa |

Analizado por,

YESENIA ELINOR SANDOVAL LASCARRO
PROFESIONAL DE PROCESAMIENTO T.P:1048272764
*Copiado:YESL*

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 2]*

LABORATORIO CLINICO
# CONTINENTAL



**PACIENTE:** BERMUDEZ CUCUNUBA ZOILA ROSA
**INGRESO:** 2025-07-30 07:14
**MEDICO:** PARTICULAR 36554616
**HISTORIA:** SEDE SANTA MARTA
**SEDE:** 3014754026
**TELÉFONO:** PARTICULAR (STA MARTA)
**EMPRESA:**

**Orden No.:8037924**
**EDAD: 60 Años**
**SEXO:FEMENINO**
**FECHA NACIMIENTO:** 1965-01-27

ACREDITACION EN SALUD

**Fecha Hora Impresion: 2025-07-31 7:20**

| Examen | Resultado | Unidades | Intervalo Biologico de Referencia | Fecha Validacion |
|---|---|---|---|---|
| | | **BIOQUIMICA** | | |
| ALCOHOL ETILICO | **<2.99** | **mg/dl** | | 31/07/2025 21:7:20 |
| | | | LIMITE DE DETECCION A PARTIR DE 10 mg/dl. | |
| | | | INTERPRETACION : | |
| | | | 50-100 mg/dl : Rubor ,reflejos disminuidos agudeza visual disminuida. | |
| | | | mayor de 100 mg/dl : Depresión del sistema nervioso central (SNC) | |
| | | | mayor DE 400 mg/dl : Estado avanzado. | |
| | | | La definición jurídica de intoxicación depende de cada legislación regional. Los resultados deben evaluarse teniendo en cuenta consideraciones clínicas y juicio profesional. | |
| | | | **METODO : DETERMINACION ENZIMATICA | |

COMENTARIO:
ESTE RESULTADO ES NEGATIVO HASTA LA FECHA

Profesional en Salud Responsable:

Resultado Aprobado por:
Dr. RAFAEL BELTRAN QUIROZ
CC: 1047223422
R.P.: 15-712-11-12-04-11

AISOM LTDA
Servicio de medicina integral

# Resultados laboratorios



**Fecha:** 19/Jul/2025, **Hora:** 08:16:45 a.m.
**Apellido:** Bermudez cucunuba
**Nombre:** Zoila rosa
**Tipo Doc:** CC
**Nro Identidad:** 36554616
**Empresa:** Particular
**Cargo:** Trabajadora social
**Direccion:** Calle 22 # 20-91 jardin
**Telefono:** **Celular:** 3014754026 **Email:** **Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** .:: no aplica ::.
**Peso:** 58 Kg **Estatura:** 154 Cm **IMC:** 24.4 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin definir
**EPS:** Sanitas **ARL:** Colpatria **AFP:** Colpensiones
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

**HC:** # 97803
**Edad:** 60 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 27/Ene/1965
**Rh:** O+

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| **Deteccion de cocaina** | | |
| Deteccion de cocaina | **Negativo** | |
| **Deteccion de marihuana** | | |
| Deteccion de marihuana | **Negativo** | |

Lida jimenez Calderon
BACTERIOLOGA U.I.S.
Reg 0150

**Lida jimenez calderon**
Bacteriologa

Zoila rosa bermudez cucunuba
CC 36554616

Huella
Digital

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: fed1bd6-60ce-46fb-8ded-ac1f95e0f85b

Nombres y apellidos / Full name: **ZOILA ROSA BERMUDEZ CUCUNUBA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **3 6 5 5 4 6 1 6**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **27/01/1965**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3014754026**

Correo electrónico / e-mail:

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 17 | 7 | 2014 | | V501023 | STA MARTA CLINICA LA CASTELLANA | |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 13 | 1 | 2017 | | N3B881V | STA MARTA CENTRO DE SALUD LA CANDELARIA IPC | |
| COVID PFIZER | Primera | 26 | 3 | 2021 | | EN1195 | SANTA MARTA PREVENIR 1A S.A. | LUIS EDUARDO CABALLERO GOMEZ |
| COVID PFIZER | Segunda | 17 | 4 | 2021 | PFIZER | ER9449 | PREVENIR 1A S.A. | FERNANDO PEREZ LOPEZ |
| COVID PFIZER | Segundo Refuerzo | 31 | 5 | 2022 | PFIZER | ACC5853 | NATALIS S.A.S PERINATOLOGIA, DIAGNOSTICO Y ULTRASONIDO PRENATAL | ERICA PATRICIA LUNA GAMARRA |
| Fiebre Amarilla | Única | 9 | 10 | 2024 | Fabricante | 231VFC005Z | STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS | OMAIRA CECILIA ESCOBAR BOVEA |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 4 | 7 | 2025 | GC BIOPHARMA CORP | V505525002 | STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS | AMPARO ELENA GAMARRA PADILLA - CC36896371 - Activo |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the World **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.