



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural  
(Leyes 100 de 1995, 480 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>Orzuna</b>		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <b>Escobar</b>		NOMBRES <b>Theidy de Jesús</b>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. (C.C.E. PAS) No. <b>22732640</b>		SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>		
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <b>05</b> MES <b>12</b> AÑO <b>1982</b> PAÍS <b>Colombia</b> DEPTO <b>Atlántico</b> MUNICIPIO <b>Sobradó</b>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <b>Calle 18 N. 42-213</b> PAÍS <b>Colombia</b> DEPTO <b>Atlántico</b> MUNICIPIO <b>Sobradó</b> TELÉFONO <b>3004230509</b> EMAIL <b>orzunatheidy21@gmail.com</b>		

## 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: <b>Bachiller - Santobibad</b>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	6a.	7a.	8a.	9a.	10	X	MES <b>12</b>	AÑO <b>2000</b>

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
 TC (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
 ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),  
 RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<b>TC</b>	<b>4</b>	<input checked="" type="checkbox"/>		<b>Auxiliar de enfermería</b>	<b>12</b>	<b>2007</b>	<b>0813510830401</b>

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

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



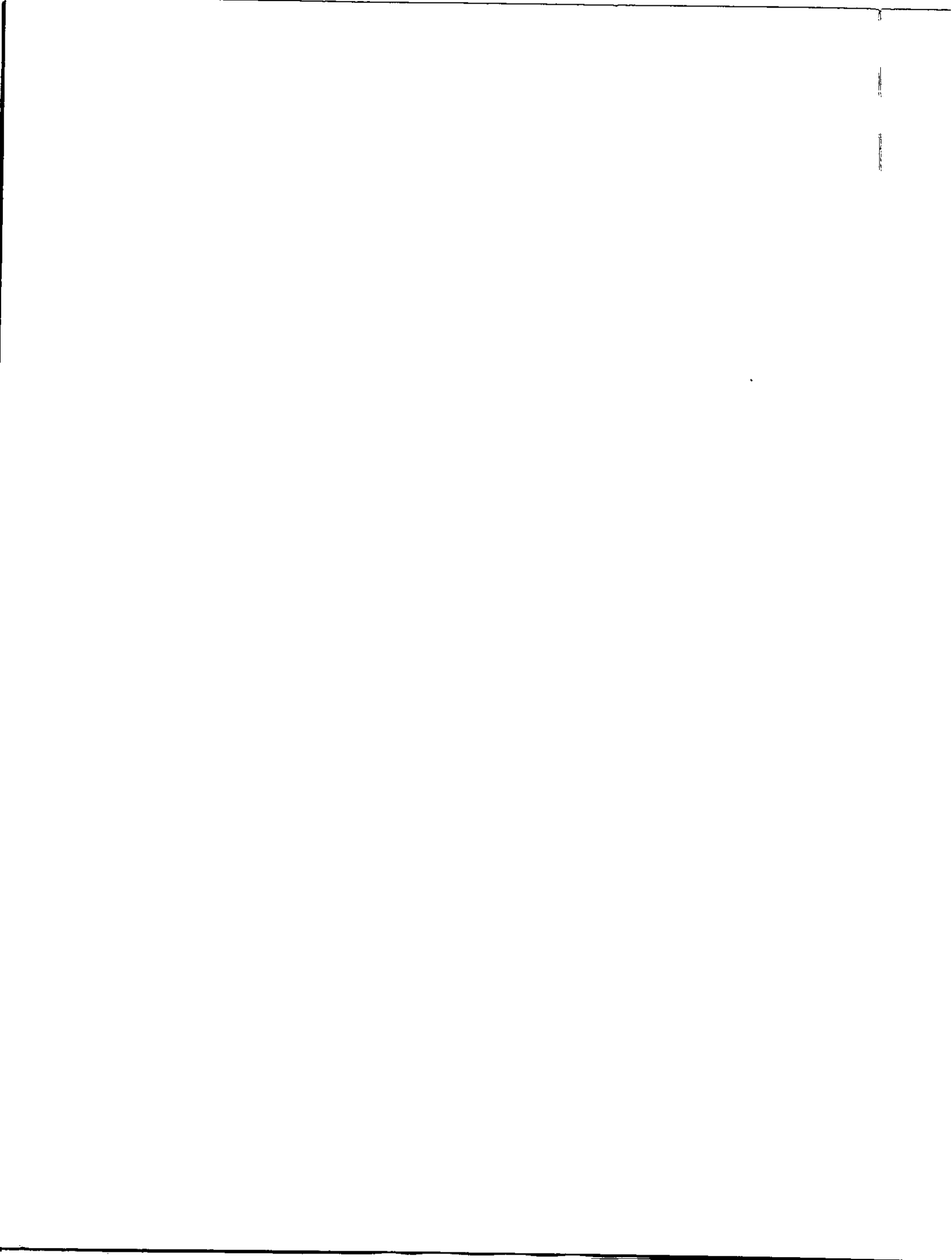
# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>una ESE universitaria de Atlixco</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Atlántico</i>	MUNICIPIO <i>Barranquilla</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>653319538</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>18</i> MES <i>08</i> AÑO <i>2023</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>1</i> MES <i>1</i> AÑO <i>2024</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Aux. enfermería</i>	DEPENDENCIA <i>Cirugía</i>	DIRECCIÓN <i>C11-57 #23-100</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Fundación Hospital Universitaria Metrolina</i>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Atlántico</i>	MUNICIPIO <i>Barranquilla</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>oftolento@hum.co</i>	
TELÉFONOS <i>3565109</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>7</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2013</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>12</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2021</i>
CARGO O CONTRATO <i>Aux. enfermería</i>	DEPENDENCIA <i>Cirugía</i>	DIRECCIÓN <i>Kr:42 FN-75B-18</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Clinica General del Norte</i>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Atlántico</i>	MUNICIPIO <i>Barranquilla</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>3689831</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>13</i> MES <i>04</i> AÑO <i>2010</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>21</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2013</i>
CARGO O CONTRATO <i>Aux. enfermería</i>	DEPENDENCIA <i>Cirugía</i>	DIRECCIÓN <i>Kr:48 #70-38</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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



**FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>13</b>	

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 23/12/2025

[Firma manuscrita]  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

**6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_ NOBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

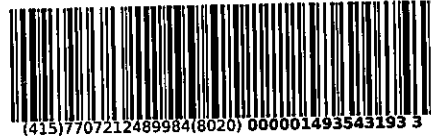
W/3



2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14935431933



(415)7707212489984(8020) 000001493543193 3

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

2 2 7 3 2 6 4 0

6. DV

5

12. Dirección seccional  
Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión illíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

2 2 7 3 2 6 4 0

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

OZUNA

32. Segundo apellido

ESCOBAR

33. Primer nombre

THEIDY

34. Otros nombres

DE JESUS

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Signo

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

CR-40 : 30 : 24 BRR COSTA HERMOSA

42. Correo electrónico

ozunathedy21@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 7 5 3 1 8 6

45. Teléfono 2

3 0 0 4 2 3 0 5 0 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

46. Código

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 8, 1 2, 1 6

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

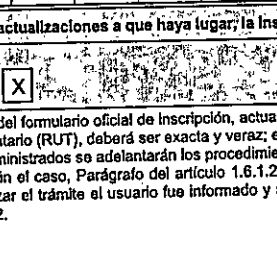
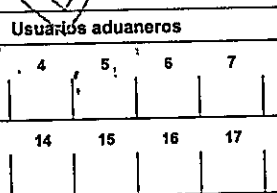
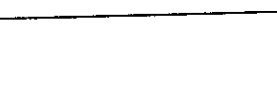
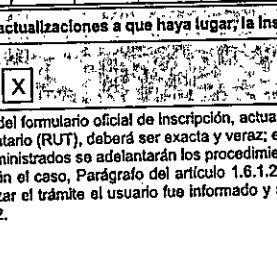
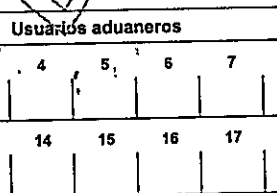
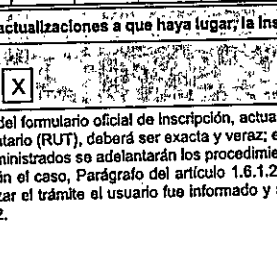
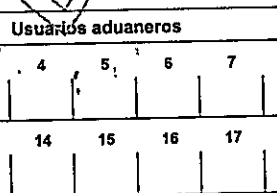
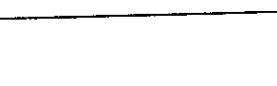
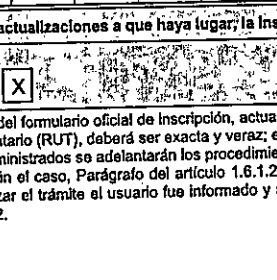
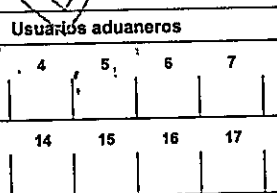
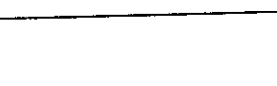
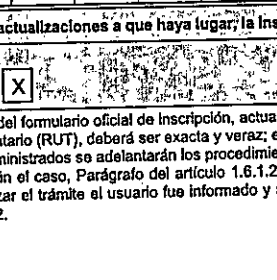
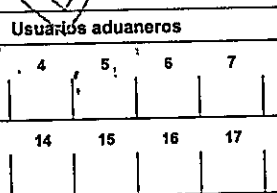
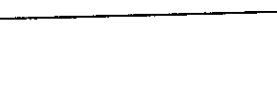
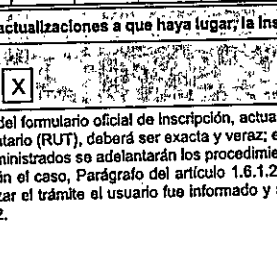
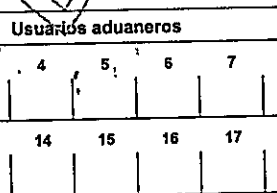
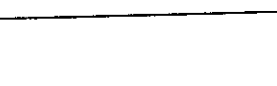
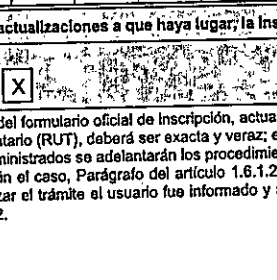
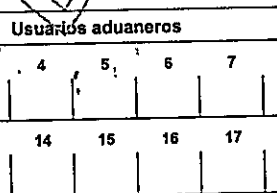
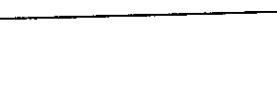
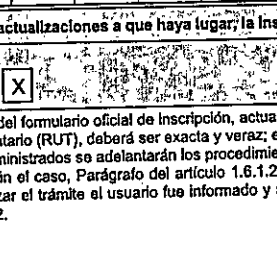
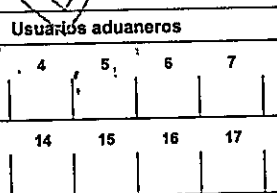
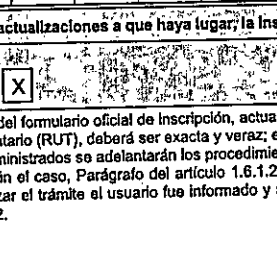
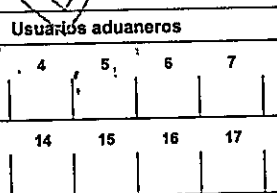
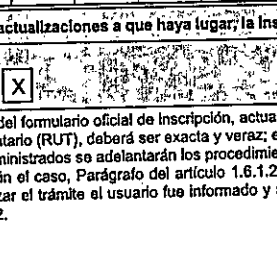
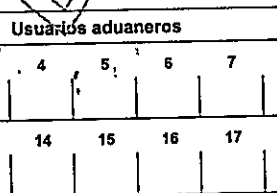
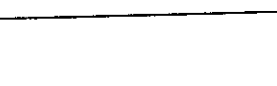
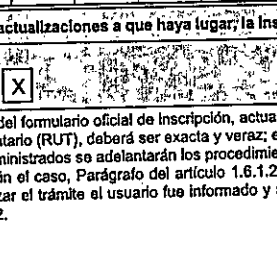
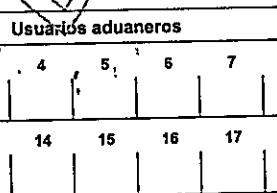
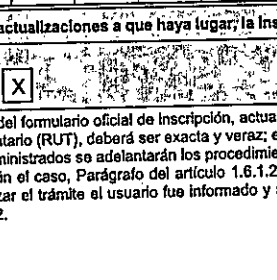
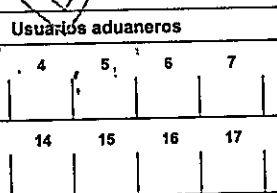
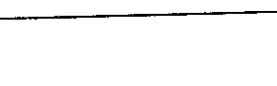
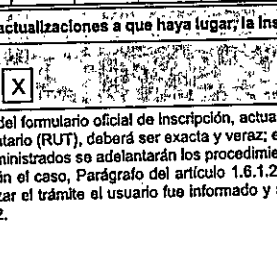
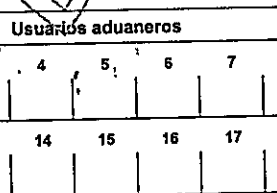
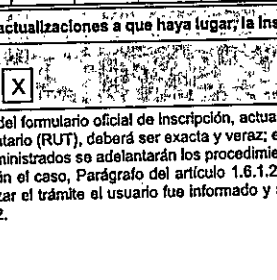
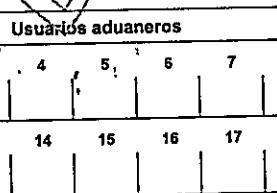
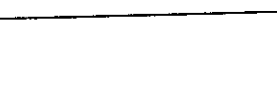
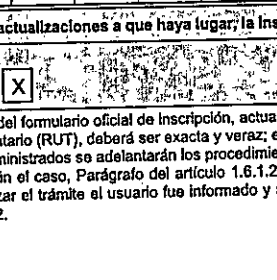
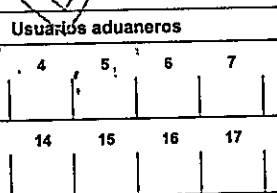
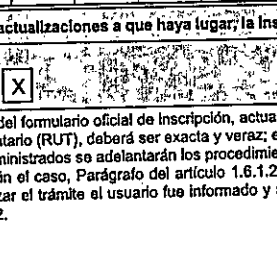
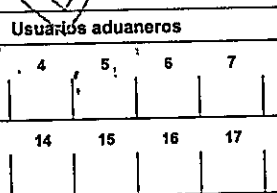
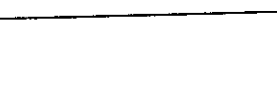
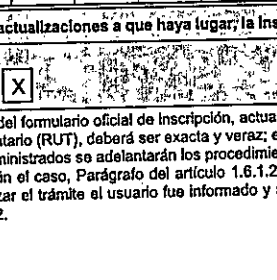
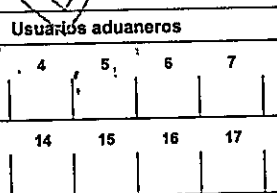
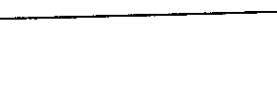
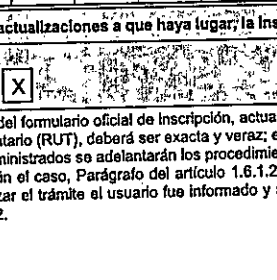
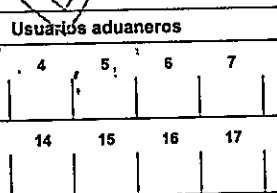
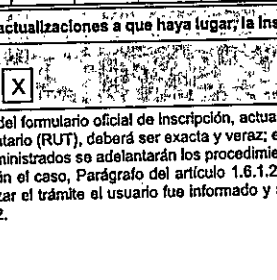
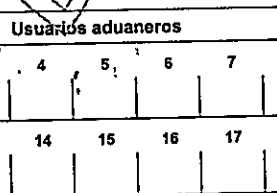
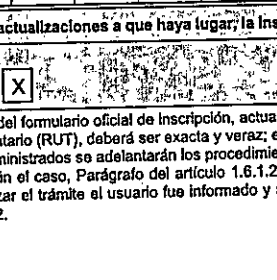
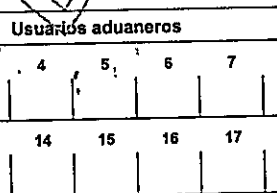
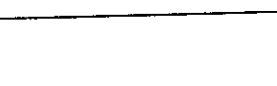
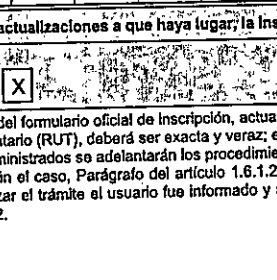
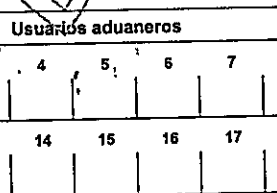
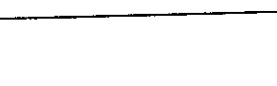
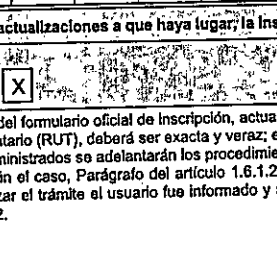
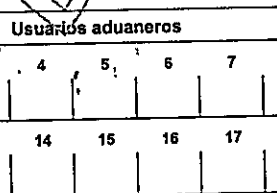
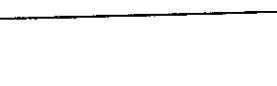
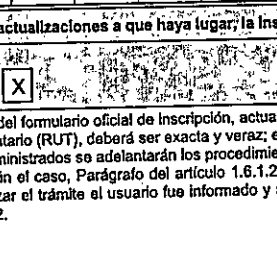
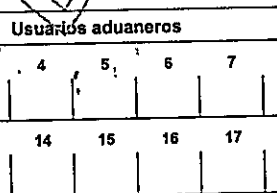
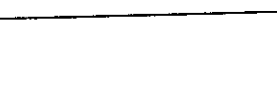
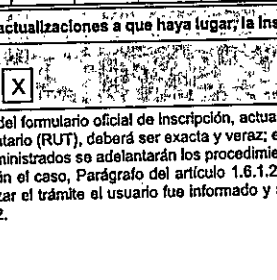
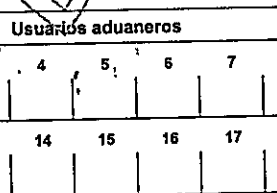
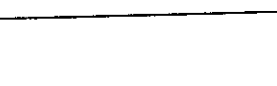
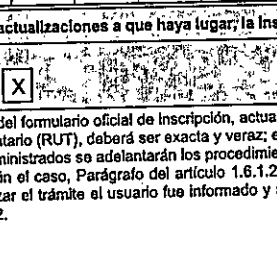
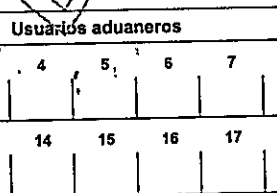
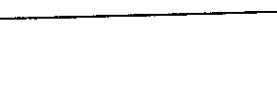
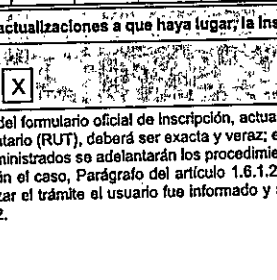
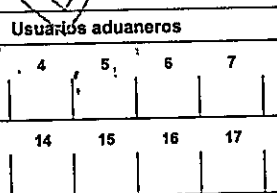
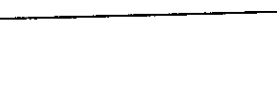
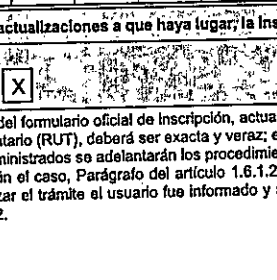
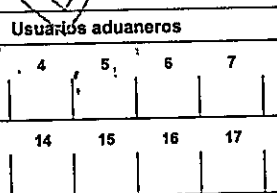
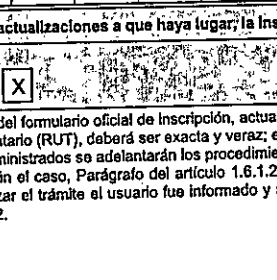
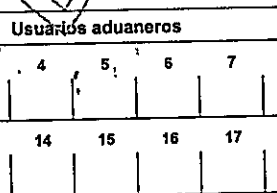
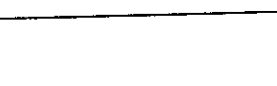
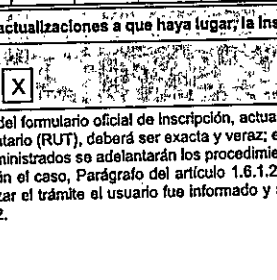
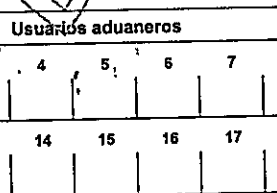
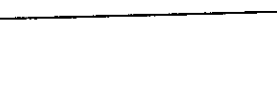
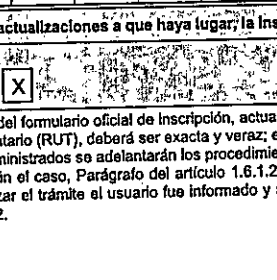
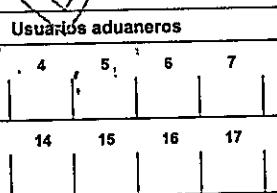
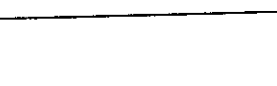
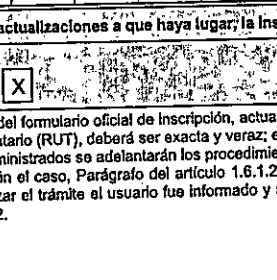
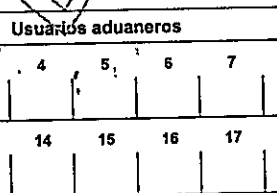
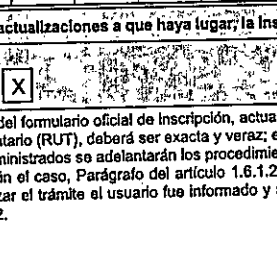
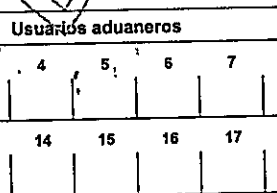
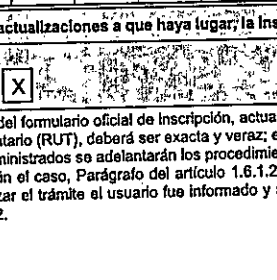
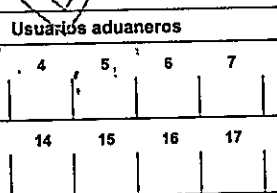
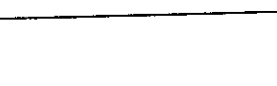
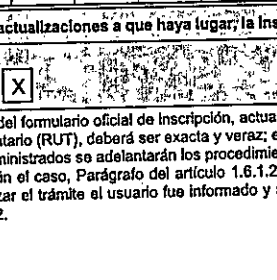
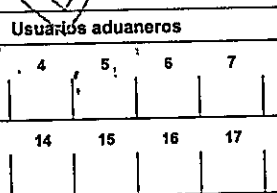
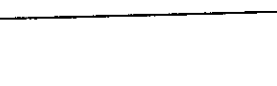
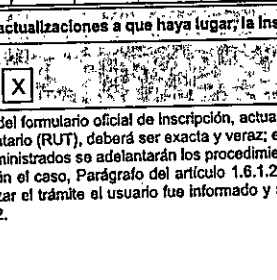
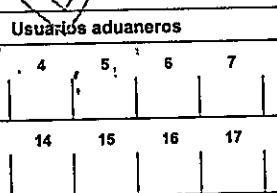
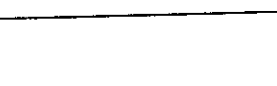
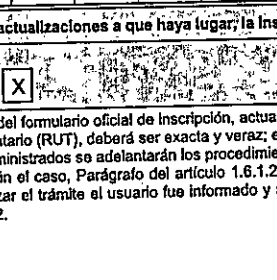
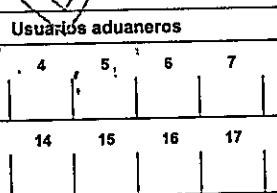
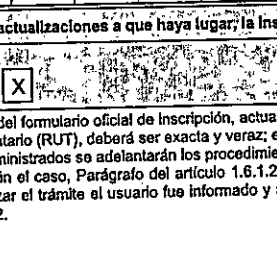
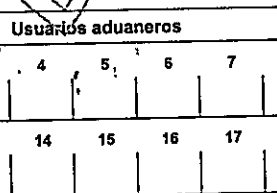
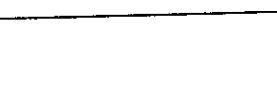
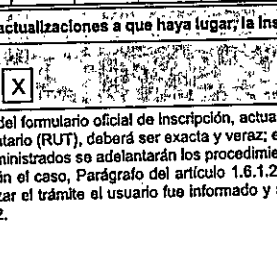
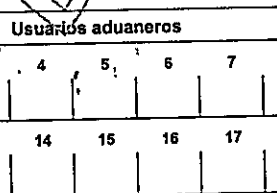
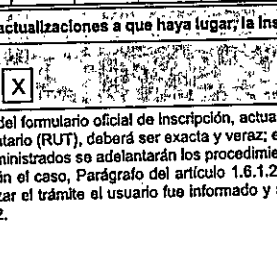
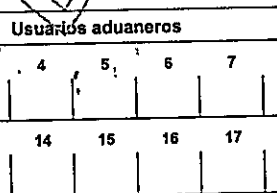
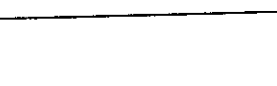
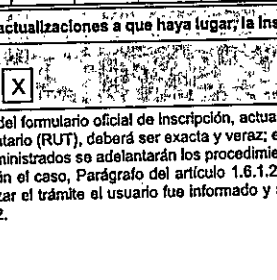
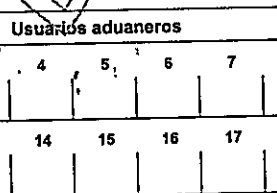
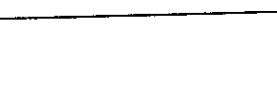
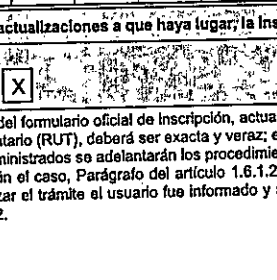
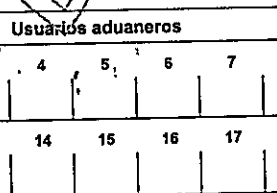
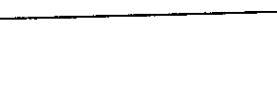
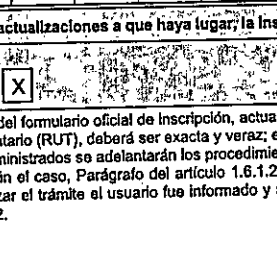
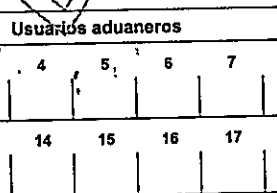
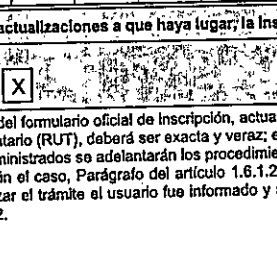
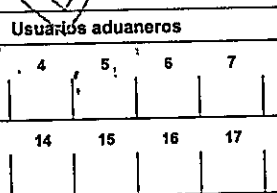
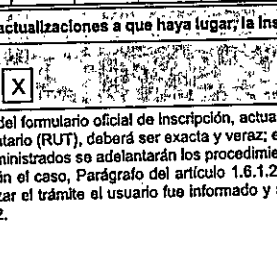
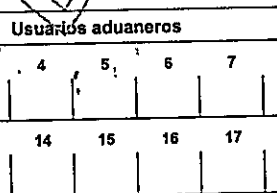
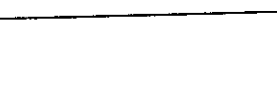
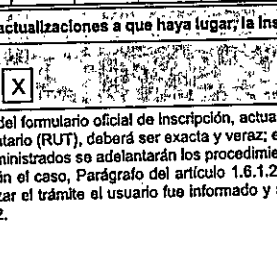
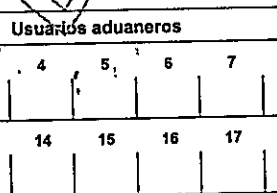
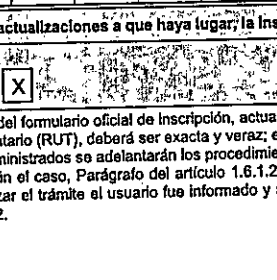
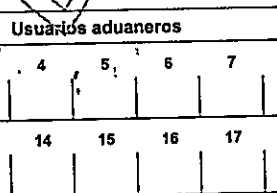
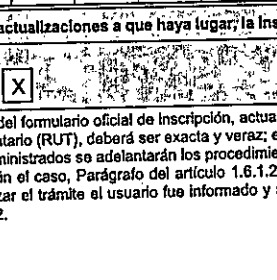
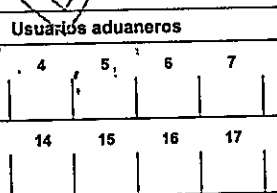
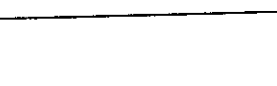
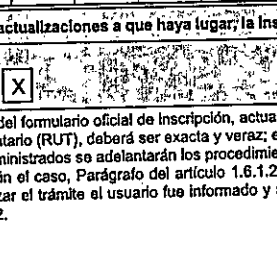
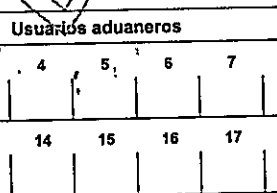
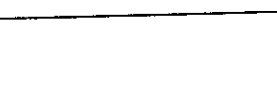
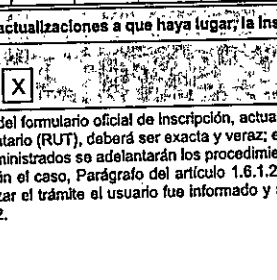
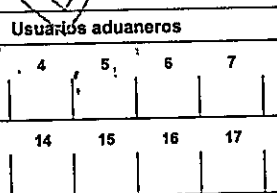
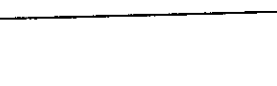
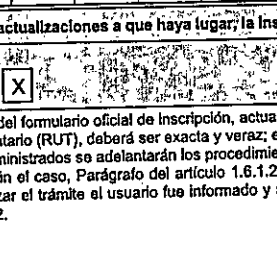
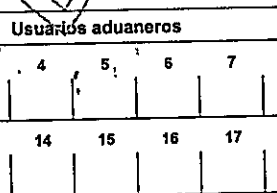
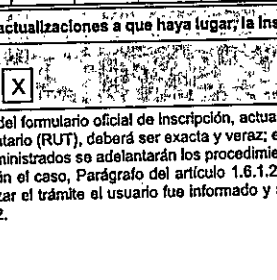
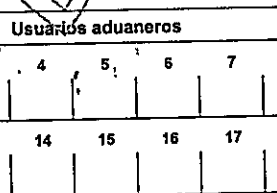
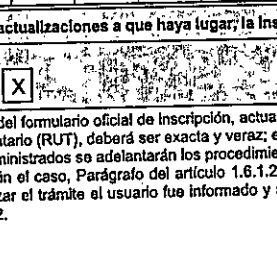
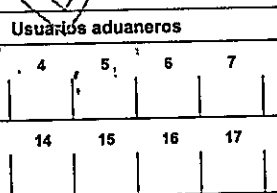
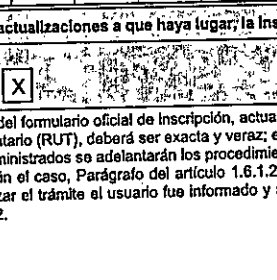
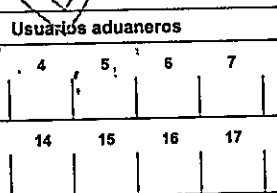
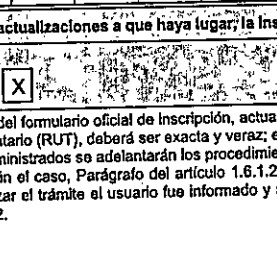
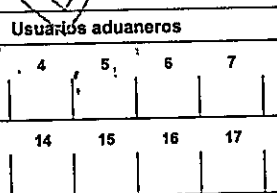
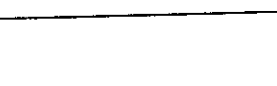
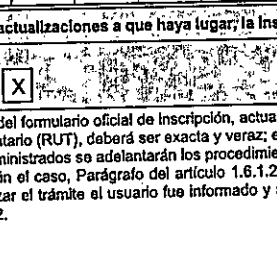
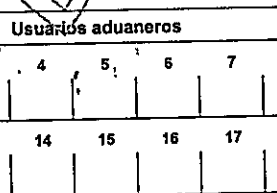
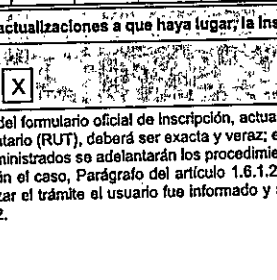
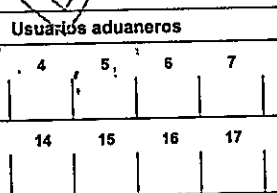
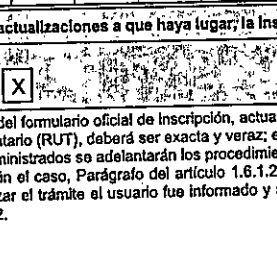
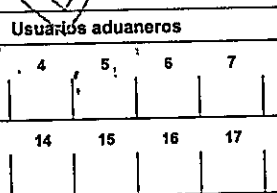
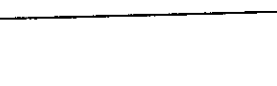
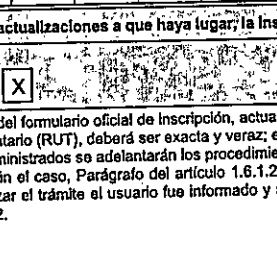
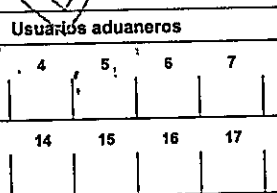
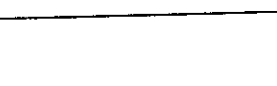
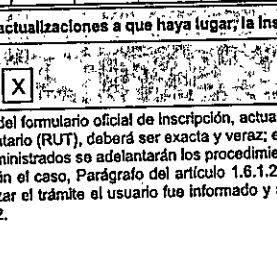
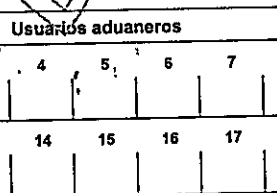
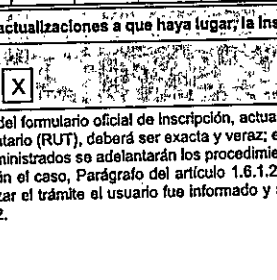
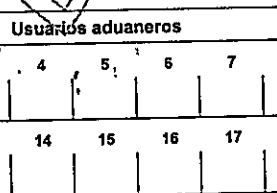
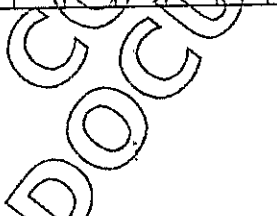
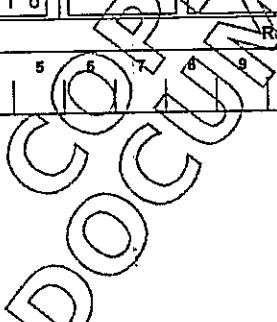
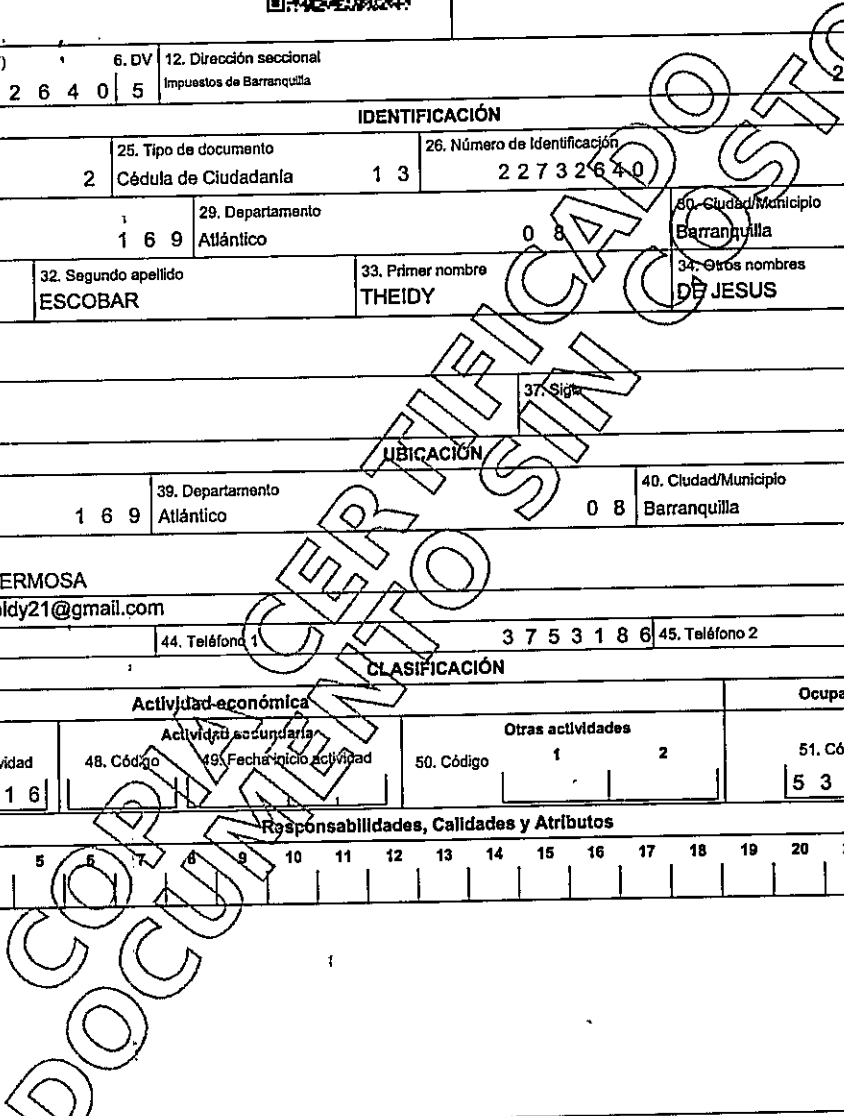
5 3 4 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA





República de Colombia



Departamento del Atlántico

# INCAATEC

Instituto Técnico de Administración y Salud

Con autorización oficial según Resolución No. 067 de febrero 23 de 1999, Resolución No. 288 de febrero 3 de 2000 emitida por la Secretaría de Educación del Distrito de Barranquilla y con acuerdo especial No. 035 de septiembre 28 de 1999 del Ministerio de Salud

OBSERVACIÓN DEL ATLÁNTICO  
Secretaría de Salud Departamento del Atlántico  
Resolución que l'anti para todos los efectos legales

Resolución No. 88 de 1351-09  
Barranquilla Fecha 13/03/09  
J. Reyes y Stella Sosa Lamy

Teniendo en cuenta que:

**Alheyng De Jesús Dzuma Escobar**  
Identificado con C.C. No.: 22.732.640 de Barranquilla (Atl.)

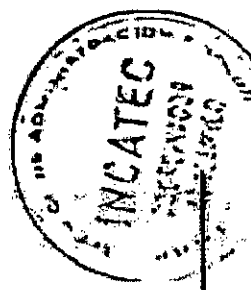
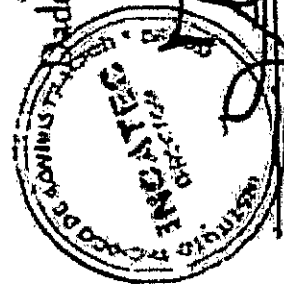
Terminó satisfactoriamente sus estudios técnico-profesionales con una duración de 1800 horas

Otorga el presente certificado de Aptitud Ocupacional que lo acredita como

## Auxiliar de Enfermería

Residendo en Barranquilla a los 18 días del mes de Diciembre de 2007

Residendo en el Folio 124E del libro de certificaciones



*[Signature]*  
Director

*[Signature]*  
Coordinador Académico





SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - *001351*  
( 30 ABR 2008 )

DE 2008.

“Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio de un Oficio”

**EL SECRETARIO DE SALUD DEL ATLÁNTICO**

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y

**CONSIDERANDO**

Que THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 22732640 expedida en Barranquilla-Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio de un Oficio como AUXILIAR DE ENFERMERIA, según TÍTULO que le otorgó el INSTITUTO TECNICO DE ADMINISTRACION Y SALUD - INCATEC, el día 19 de diciembre de 2007, según Acta de Grado No.20.

**RESUELVE**

**ARTICULO ÚNICO:** Autorizar a THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No.22732640 expedida en Barranquilla-Atlántico para ejercer la Profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE, Dada en Barranquilla - Atlántico, el día

30 ABR 2008

**ROCIO DEL CARMEN GAMARRA PEÑA**  
Secretaria de Salud Departamental



**SECRETARIA DE SALUD**

GOBIERNO DEL ATLANTICO

SECRETARIA DE SALUD  
GOBIERNO DEL ATLANTICO

INSCRIPCION DEPARTAMENTAL



Nombre: **THEY OZUNA ESCOBAR**  
CC No.: **2276207**  
Profesion: **ARTISTA DE TERCERA**  
FECHA DE EMISION: **10/05/2008**  
VIGENCIA: **31/03/2009**



Esta tarjeta es personal e intransferible, si esta tarjeta es encontrada devolverla a la Secretaria de Salud Departamental.

  
\_\_\_\_\_  
Secretaria de Salud del Atlantico





Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA
1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR
IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 22.732.640 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio BARRANQUILLA
Dirección CALLE 18 # 42-213 Teléfonos 3004230509

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

Table with 3 columns: NOMBRES Y APELLIDOS, DOCUMENTO DE IDENTIDAD, PARENTESCO. Row 1: MISHHELL PEDRAZA OZUNA, HIJO.

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

Table with 2 columns: CONCEPTO, VALOR. Rows include SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES (2.090.000), ARRIENDOS (517.000), OTROS INGRESOS Y RENTAS (1.500.000), TOTAL (\$ 4.107.000).

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

Table with 5 columns: ENTIDAD FINANCIERA, TIPO DE CUENTA, NÚMERO DE LA CUENTA, SEDE DE LA CUENTA, SALDO DE LA CUENTA. Row 1: DAVIVIENDA, AHORRO, 550488439435873, BARRANQUILLA, \$ -.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Table with 3 columns: TIPO DE BIEN, IDENTIFICACIÓN DEL BIEN, VALOR.

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)**

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	CREDITO	\$ 50.000.000

**1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad:  SI  NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

**2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA**

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 DE PARTICIPACIÓN

**3. FIRMA**

*Theidy Ozuna*  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

*Procuraduría 23/12/25*  
 \_\_\_\_\_  
 CIUDAD Y FECHA

11-11-11

11-11-11

11-11-11

11-11-11



**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 286585584**



PIB  
13:53:23  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 22732640:

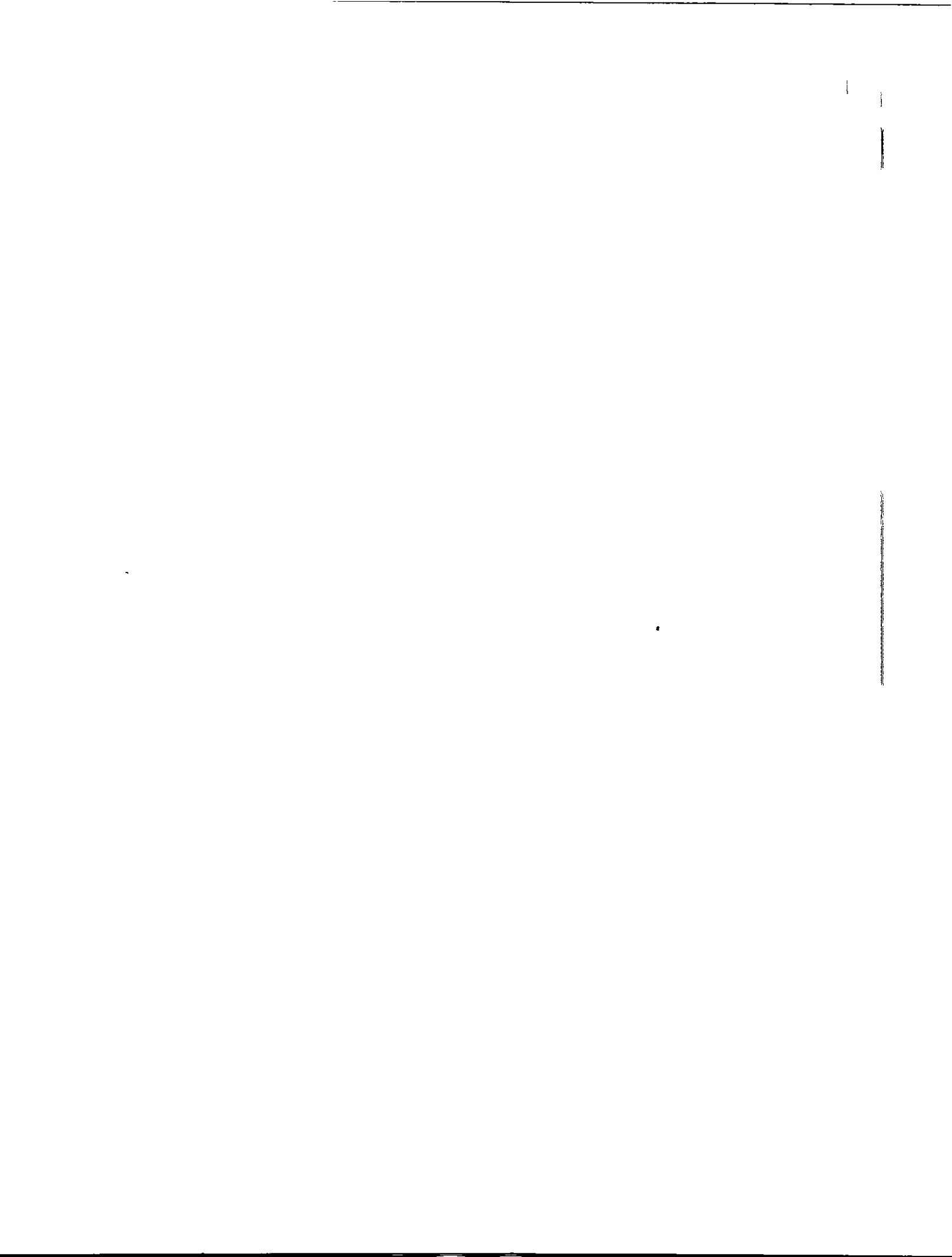
**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

**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 repelición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política 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>

Carlos William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamento 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.**





CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 19 de diciembre de 2025, a las 13:52:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	22732640
Código de Verificación	22732640251219135249

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

  
HELENA PATRICIA GARCÍA MAYA  
Contralora Delegada EFC

Generó: WEB



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.  
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C  
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1

1

2

3



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

INICIO CONTACTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:48:52 PM horas del 19/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 22732640

Apellidos y Nombres: **OZUNA ESCOBAR THEIDY DE JESUS**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las preguntas frecuentes o acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

1

2


3

4



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

## Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC


 Consulta Ciudadano


### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/12/2025 02:50:07 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **22732640** y Nombre: **THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR.**

### NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **130435124** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir



## CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:51:06 horas del 19/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **22732640**, Apellidos y Nombres **OZUNA ESCOBAR THEIDY DE JESUS**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERISTARIO**, con NIT **901536799-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2025 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN





**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 22732640 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 19/12/2025 03:46 PM



Código-Verificación: MWHXDBACGQ

Válida hasta: 19/03/2026

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

—

Continuación diligencia de identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación \*

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación \*

22732640

Primer Nombre

THEIDY

Primer Apellido

OZUNA

Confirme los números de la imagen \*

5172



Cambiar

8351

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2025-12-19--3:42:00 PM

Tipo	Nro.	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado	Identificación:	Detalles
CC	22732640	THEIDY	DE JESUS	OZUNA	ESCOBAR	Vigente		<a href="#">Ver</a>

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR identificado(a) con CC 22732640 registra La siguiente información:

2025-12-19--3:42:00 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
	Título		Acto		



**ADMINISTRATIVO**

**AUX**                      **Local**                      **Auxiliar de enfermería**                      **2008-04-30**                      **1351**                      **Secretaría de Salud Departamental de Atlántico**

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

## SISPRO

**Dirección:**

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)  
Cundinamarca, Bogotá D.C.  
Código Postal: 110311

**Horario de atención:**

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

## Contacto

**Teléfono**

**comutador:**

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2  
Resto del país: 018000960020 Opción  
Correo de notificaciones judiciales:  
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co



**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**5401999742**

**PÓLIZA No: 540 -89 - 994000011972 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **MONTERÍA** COD. AGE: 540 RAMO: 89 PAP:

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
14	08	2025	23:59	11	08	2026	23:59	11	08	2026	23:59
VIGENCIA DE LA PÓLIZA				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS DIAS			

FECHA DE EXPEDICIÓN: 14/08/2025 VIGENCIA DE LA PÓLIZA: 11/08/2025 23:59 VIGENCIA HASTA: 11/08/2026 23:59 DIAS: 365  
MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
11	08	2025	23:59	11	08	2026	23:59	11	08	2026	23:59
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS			

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR** IDENTIFICACIÓN: CC **22.732.640**  
DIRECCIÓN: CL 18 42 213 CIUDAD: SOLEDAD, ATLÁNTICO TELÉFONO: 3004230509

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR** IDENTIFICACIÓN: CC **22.732.640**  
DIRECCIÓN: CL 18 42 213 CIUDAD: SOLEDAD, ATLÁNTICO TELÉFONO: 3004230509  
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO CIUDAD: SOLEDAD  
DIRECCION: CALLE 18 No. 42-213  
ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCIÓN	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 150,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		150,000,000.00	-0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		150,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		150,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		150,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		15,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS; DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: OZUNA ESCOBAR THEIDY DE JESUS  
ASEGURADO: OZUNA ESCOBAR THEIDY DE JESUS  
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.



PROFESION ASEGURADA: AUXILIAR EN ENFERMERIA  
ESPECIALIZACION: NINGUNA

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****150,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****82,425	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ *****18,511	TOTAL A PAGAR: \$ *****115,936
---	--------------------------------	--	------------------------	-----------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
YINA LUZ ORTIZ PACHECO	9768	100.00	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enciclopedia-de-letres/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR  (415)7701861000019(8020)00000000007000540199974  
FIRMA TOMADOR 

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CLIENTE EXTLLALLEN 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros  
GRAN CONTRIBUYENTE RES-2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

BQUILLA, Diciembre 18 de 2025

Señora:

OZUNA ESCOBAR THEIDY DE JESUS

CC. 22732640CL.18 42 213 SOLEDA - 4787818

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 30 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
OZUNA ESCOBAR THEIDY DE JESUS	22732640	C	Jun-30-2011	587	0	COTIZANTE	VIGENTE		Cambio de empleador no efectivo mes mora 1	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALIANZA TEMPORAL GROUP S.A.S	22732640	Dependiente	VIGENTE
CLINICA LA MERCED BARRANQUILLA SOCIEDAD	22732640	Dependiente	CERRADO
FUNDACION HOSPITAL UNIVERSITARIO METROPOLITANO	22732640	Dependiente	VIGENTE
MISION EMPRESARIAL EST SAS	22732640	Dependiente	CERRADO
MISION EMPRESARIAL EST SAS	22732640	Dependiente	CERRADO
SU ALIADO LABORAL S.A.S.	22732640	Dependiente	CERRADO
SU ALIADO TEMPORAL	22732640	Dependiente	CERRADO
SU SERVICIO TEMPORAL S A	22732640	Dependiente	CERRADO
THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR	22732640	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR	22732640	Mecanismo de protección al cesante	CERRADO

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

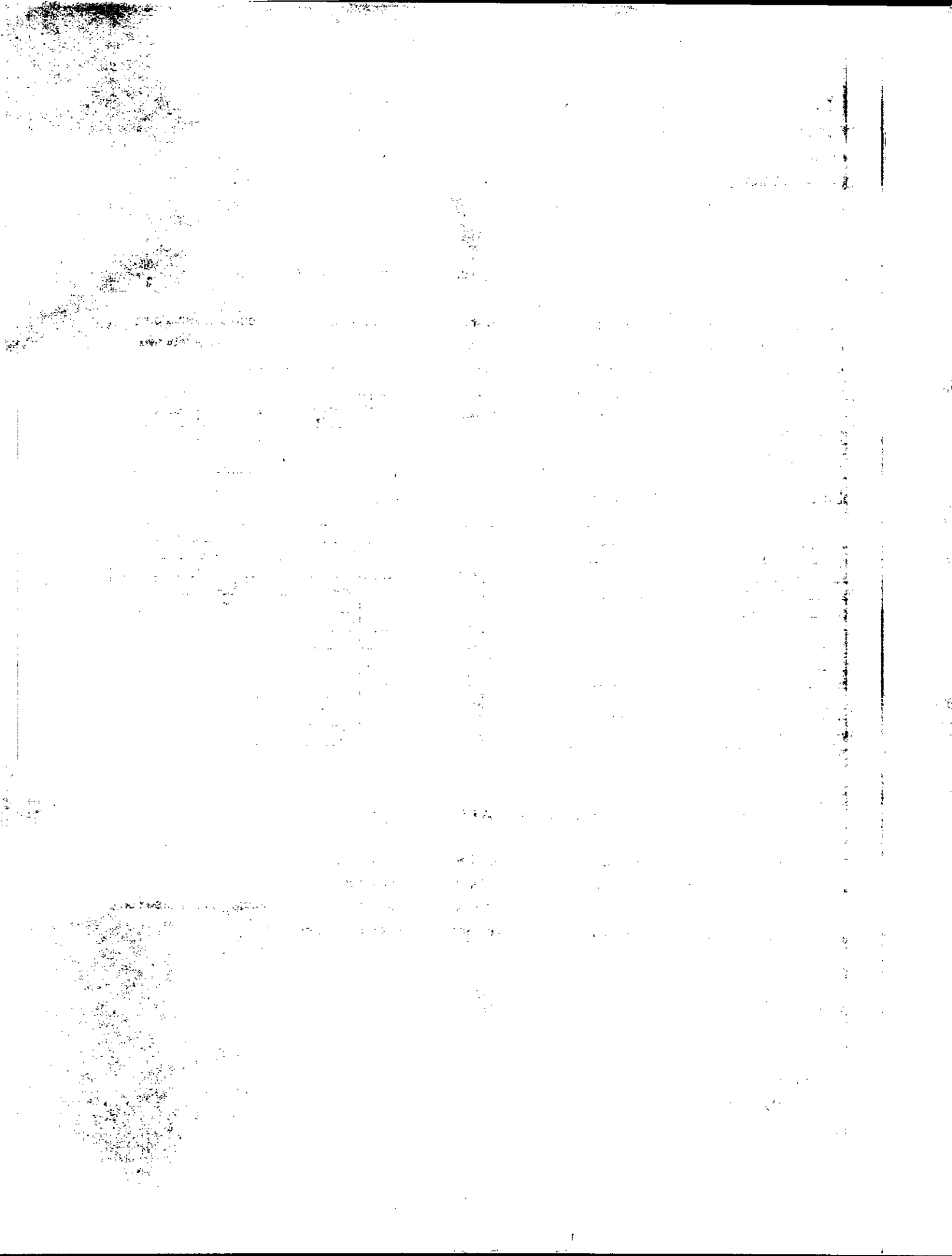
En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

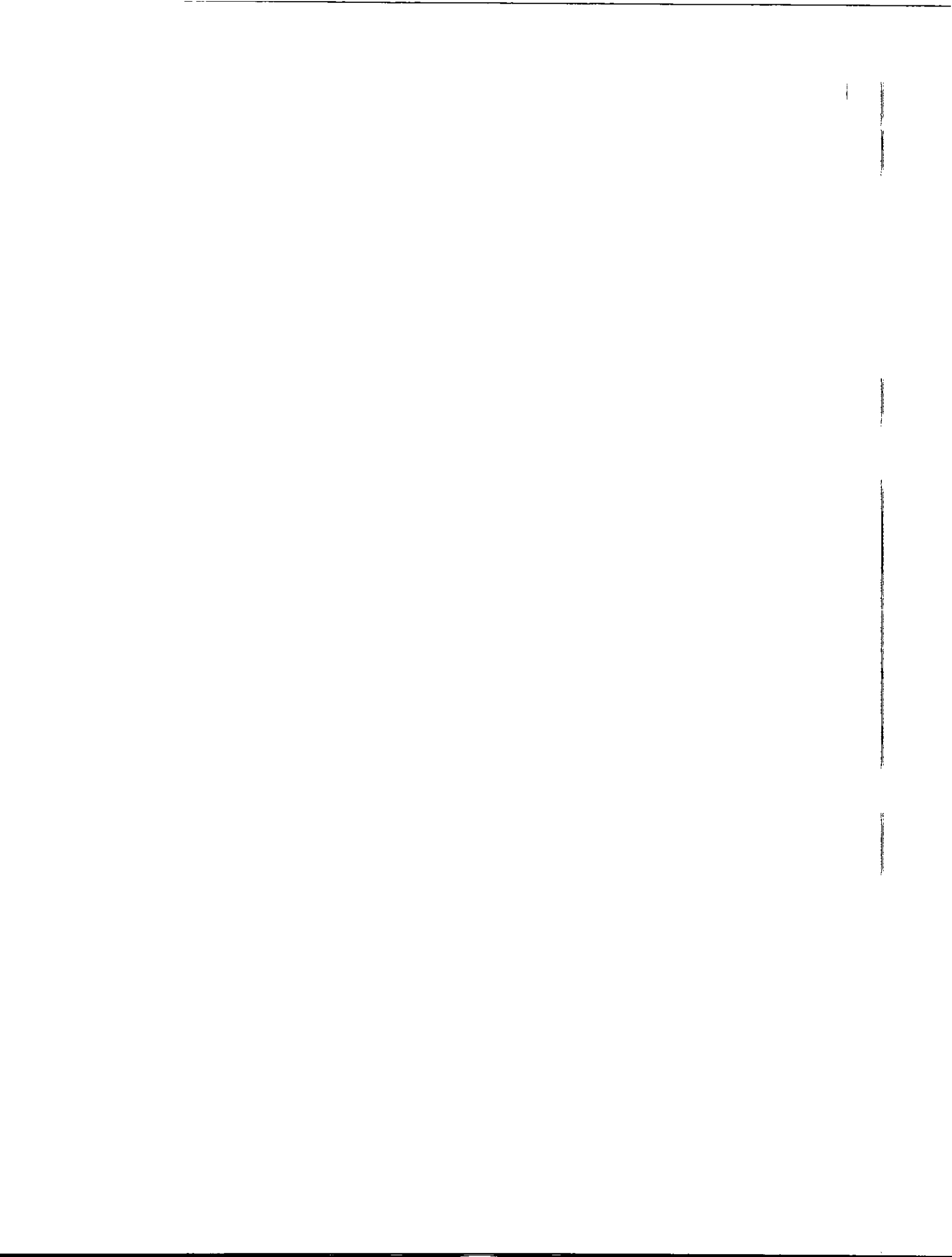
Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea



NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

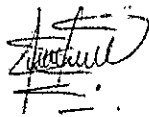


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 22732640**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2016** 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 18 de diciembre de 2025.



**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.

VEGILLADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



# CONCEPTO DE APTITUD

CARRERA 44 N° 82-40 BARRANQUILLA - COLOMBIA

TELEFONO 3005531309

[jcgutierrezcianci@gmail.com](mailto:jcgutierrezcianci@gmail.com)

Página 1 de 1

FECHA DEL EXAMEN : 08/08/2023 10:23 a. m.  
PRIMER NOMBRE : THEIDY SEGUNDO NOMBRE: DE JESUS T\_ DOC: CC 22732640  
PRIMER APELLIDO : OZUNA SEGUNDO APELLIDO : ESCOBAR  
SEXO : FEMENINO EDAD: 40 FECHA DE NACIMIENTO: 05/12/1982  
DIRECCION EMPLEADO : CALLE 18 N° 42 - 213 SOLEDAD TELEFONO O CELULAR: 3004230509  
CORREO ELECTRONICO : ozunatheldy21@gmail.com  
EMPRESA : PARTICULAR PROFESION Y CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA - AUXILIAR EN CIRUGIA  
EMPRESA EN MISION: ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO ENFASIS: OSTEOMUSCULAR  
TIPO DE EXAMEN : INGRESO

Hago constar que he realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será mi responsabilidad y estará disponible para los fines legales pertinentes.

## EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

### RECOMENDACIONES LABORALES

▶ CONTROL MEDICO ANUAL

### MANEJO POR EPS/ARL

▶ NINGUNO

### RESTRICCIONES LABORALES

▶ NINGUNA

### HABITOS Y ESTILO DE VIDA

HACER EJERCICIO 40 MIN/DIA, MINIMO 4 A 5 DIAS DE LA SEMANA

- ▶ AUTOEXAMEN DE MAMAS MENSUAL - CITOLOGIA ANUAL
- ▶ DIETA BALANCEADA BAJA EN GRASAS Y AZUCARES

### ▶ CONCEPTO

SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CON RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

APLAZADO

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

EXAMEN DE EGRESO SIN CAMBIOS RESPECTO AL INGRESO

EXAMEN DE EGRESO CON CAMBIOS RESPECTO AL INGRESO

LAS PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS AL RETIRO REQUIEREN CALIFICACION DE ORIGEN POR EPS Y/O ARL

LAS PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS AL RETIRO REQUIEREN CALIFICACION DE SECUELAS POR EPS Y/O ARL

### ▶ TAREAS ESPECIFICAS

SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJAR EN ALTURAS

CON RESTRICCIONES PARA TRABAJAR EN ALTURAS

SIN RESTRICCIONES PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

CON RESTRICCIONES PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Declaro que la información que he suministrado al médico para el diligenciamiento de los exámenes es verídica y me hago responsable por cualquier inexactitud en el suministro de ella./ Hago constar que he realizado examen médico al trabajador.

THEIDY DE JESUS OZUNA ESCOBAR

CC 22732640

JUAN CARLOS GUTIERREZ CIANCI

RM 79342905

LIC.SO 6038

|

W



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

## CERTIFICADO

18/12/2025

**SOLEDAD,  
ATLANTICO,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **THEIDY DE OZUNA ESCOBAR**  
con **Cédula de Ciudadanía número 22732640**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número

**0550488439435873**

Fecha de apertura

**05/06/2023**

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**

1

2

3

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

### Hace Constar que:

# Theidy De Jesús Ozuina Escobar

## CC 22732640 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso-Soprote Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 /2019 con un total de 48-Horas.

Fecha de emisión: 2024-06-05

Fecha de vencimiento: 2026-06-05

Verificación:



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA  
Verifique la autenticidad de su certificado en la página [www.fundacionnuestraesra.org.co](http://www.fundacionnuestraesra.org.co)

FREDDY/ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TP. No. 70976 - 051880. Copnia

DEIBESTEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
Nº 3208  
Docente

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano  
Docente Especialista





FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARR-EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

NIT: 901544869-6

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

*Hace Constar que:*

*Theidy De Jesús Ozuena Escobar*  
*CC 22732640 de Barranquilla - Atlántico*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional Resolución 3280//2018 y Resolución 2632//2024 con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2024-06-03

Fecha de vencimiento: 2026-06-03

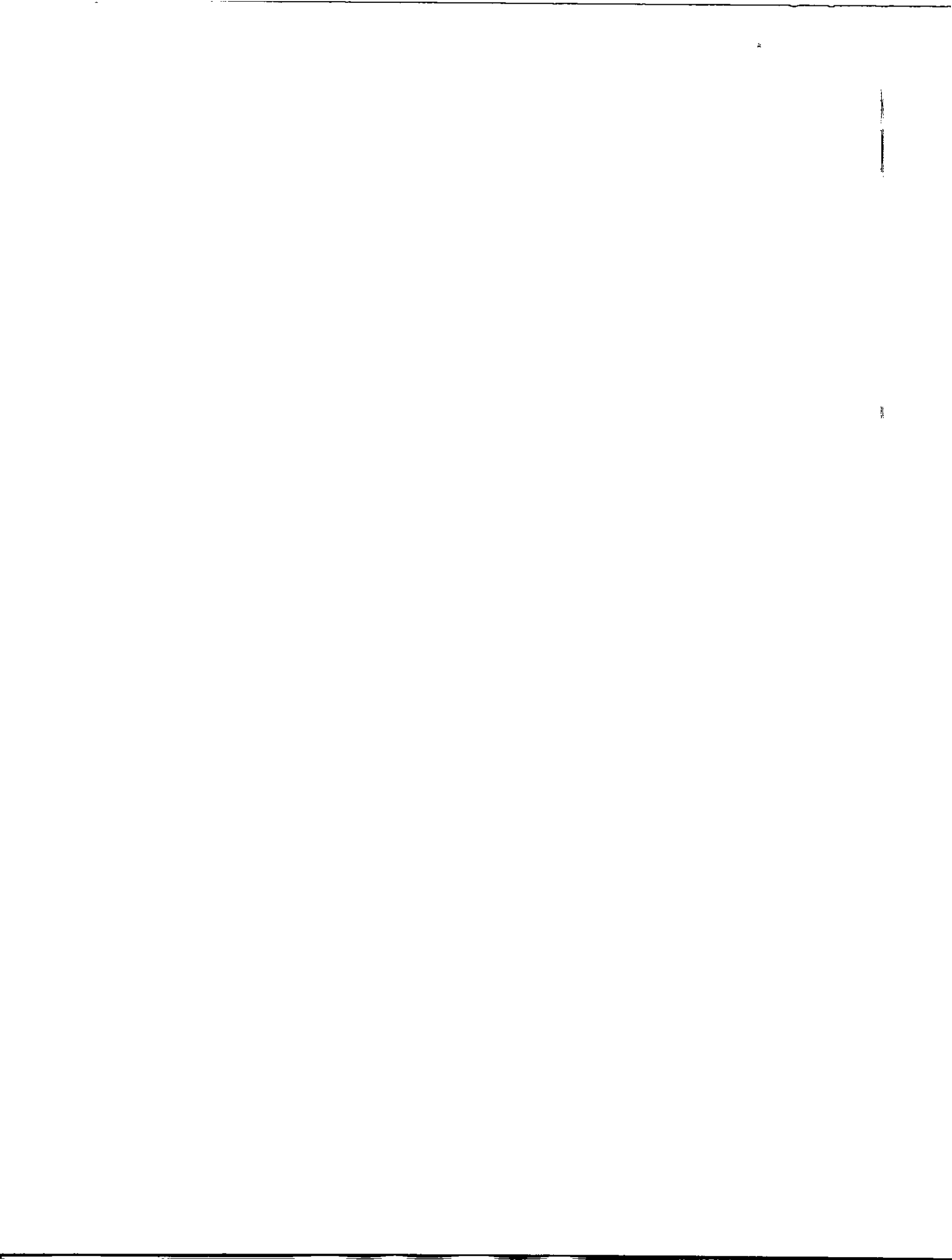
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA  
Verifique la autenticidad de su certificado en la página [www.fundacionnuestraesperanza.co](http://www.fundacionnuestraesperanza.co)

FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
I.P. No. 70976 - 051880, Copiá

DEIBESTEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
Nº 3208  
Docente

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano  
Docente Especialista

*[Handwritten signatures of Freddy Arbey Hernández, Deibestevens Bravo Obando, and Rosa Guzman]*





FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

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

NIT: 901544869-6

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

**Hace Constar que:**

**Theidy De Jesús Ozuena Escobar**  
**CC 22732640 de Barranquilla - Atlántico**

Realizo y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsa - Resolución 3100-2019 y Sentencia C-55-2022

Verificación:



con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2025-10-30

Fecha de vencimiento: 2027-10-30

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA  
verifique la autenticidad de su certificado en la página [www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.co](http://www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.co)

FREDDY ARREY HERNÁNDEZ  
CAMPUZANO  
Representante legal  
Tp. No. 0978- 051890. Copita

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
RP 3206

ROSAGUZMÁN  
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano  
Docente Especialista

Educación



1  
1  
1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

*Hace Constar que:*

*Theidy De Jesús Ozuina Escobar*  
*CC 22732640 de Barranquilla - Atlántico*

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

Fecha de emisión: 2024-06-01

Fecha de vencimiento: 2026-06-01

Verificación:



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA  
Verifique la autenticidad de su certificado en la página [www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.co](http://www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.co)

FREDDY ARBEY HERNÁNDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
I.P. No. 70978 - 051880, Copiá

DEIBESTEVANS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
Nº 3208  
Docente

ROSA GUZMÁN  
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano  
Docente Especialista





FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

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

NIT. 901544869-6

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

Educación



# Hace Constar que: Theidy De Jesús Ozuena Escobar

## CC 22732640 de Barranquilla - Atlántico

Realizo y aprobo el Curso de Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante con un total de 60-Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-26  
Fecha de vencimiento: 2027-10-26



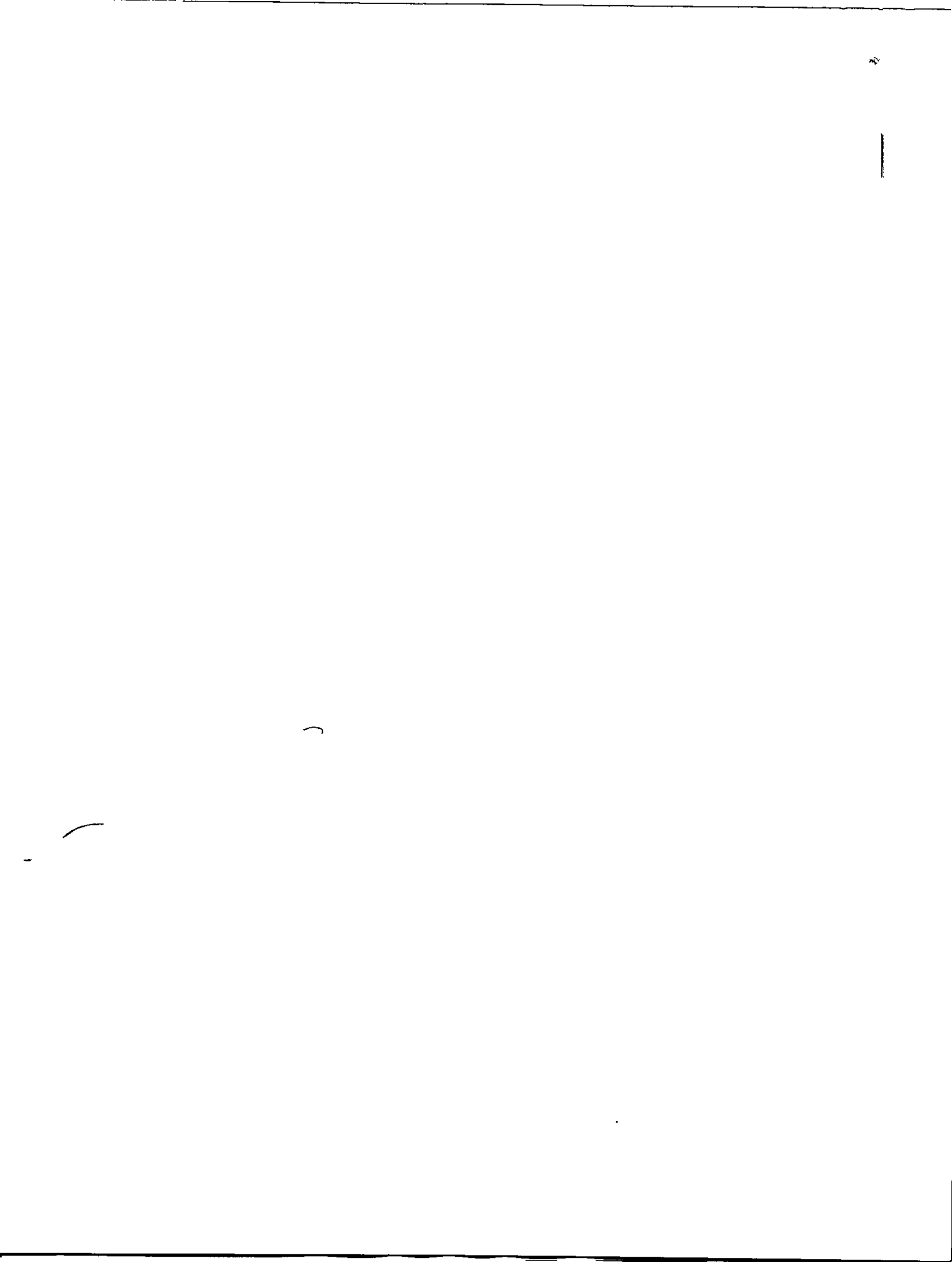
www.fundacionnuestraesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
I.P. No. 70976 / 051890, Copiá

DEIBNESTEVEN S. BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
I.P. 3206  
Docente

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista

*Theidy De Jesús Ozuena Escobar*



# ¡30 años FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCION EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

# Hace Constar que: Theidy De Jesús Ozuina Escobar CC 22732640 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso de Atención a Pacientes con Enfermedades Mentales con un total de 48-Horas.

Fecha de emisión: 2025-10-28  
Fecha de vencimiento: 2027-10-28

Verificación:

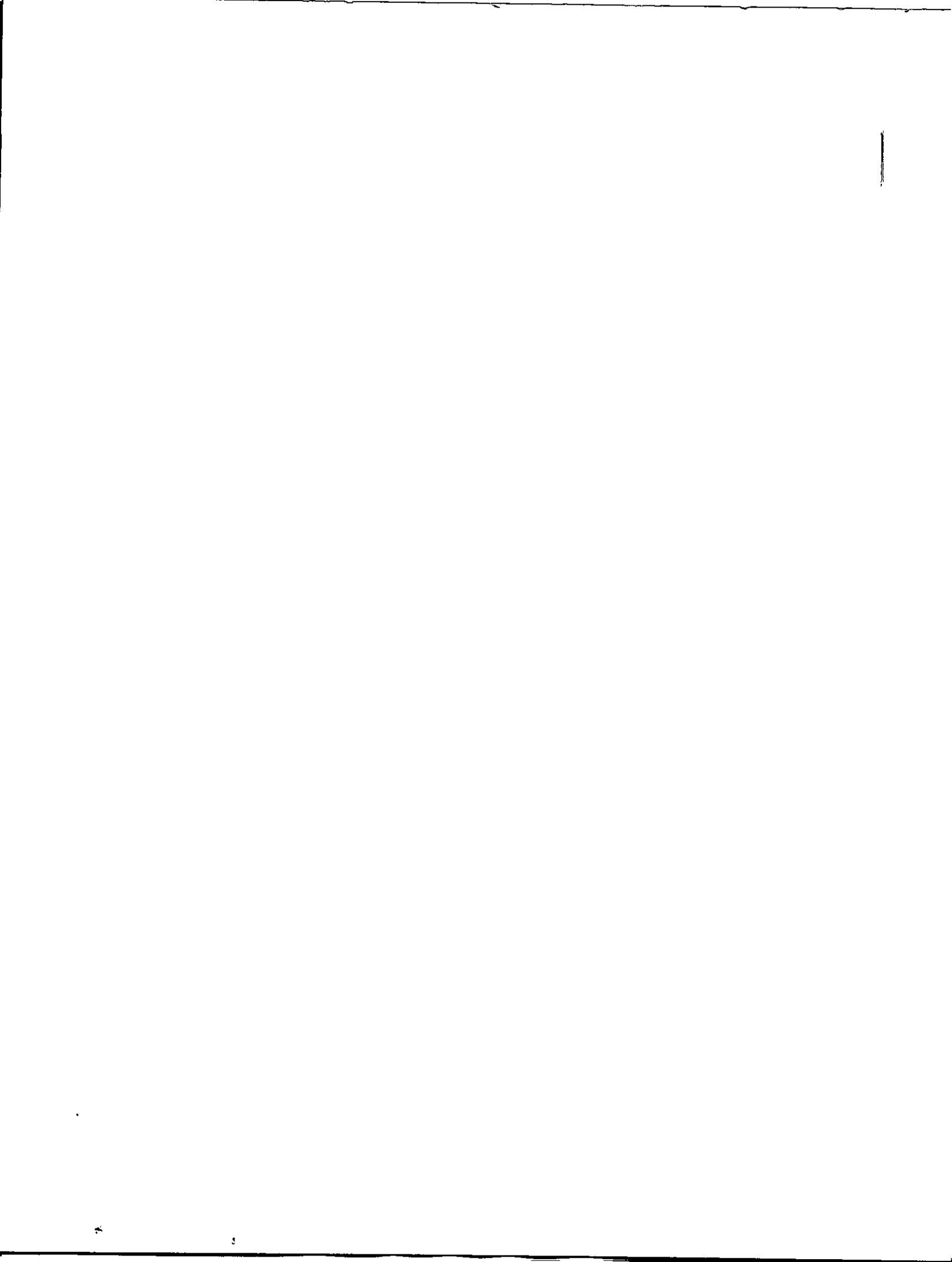


FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA  
Verifique la autenticidad de su certificado en la página [www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.co](http://www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.co)

FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TP. No. 70976 - 051980, Coptia

DEIBESTEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
XP 3208  
Docente

ROSAGUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano  
Docente Especialista



# Realice una consulta

Extraer los registros

TODOS

Número de documento de identidad

22732640

Primer nombre

THEYDI

Segundo nombre

DE JESUS

Primer apellido

OSUNA

Segundo apellido

ESCOBAR

Nombre entidad

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATL...



Departamento ubicación funciones/contrato

ATLÁNTICO

Municipio ubicación funciones/contrato


BARRANQUILLA

Buscar

Limpjar búsqueda

Ir a Módulo de reporte de información



	<b>ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO</b> FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL	CODIGO: FT-GR-022
		VIGENCIA: Agosto 2024
		VERSION: 01
		Página 1 de 5

Fecha de diligenciamiento		
Día	Mes	Año
31	12	2025

Tipo de Solicitud				
<input type="checkbox"/> Actualización	<input type="checkbox"/> Apoderado	<input type="checkbox"/> Autorizado	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Vinculación
Tipo de Usuario				
<input checked="" type="checkbox"/> Contratista	<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Proveedor	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	

La solicitud de vinculación deberá estar diligenciada totalmente, sin enmendaduras ni tachones, con espacios en blanco anulados.

1. DATOS GENERALES							
Primer Nombre:			Segundo Nombre:				
Theidy			de Jesús				
Primer Apellido:			Segundo Apellido:				
Ozuna			Escobar				
Tipo de documento:							
<input checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> NUIP	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? _____		
Número de documento:		22732640					
Expedición de Documento:			Fecha de Nacimiento:				
Fecha:	26	12	2000	Fecha:	05	12	1982
Ciudad / País:		Ciudad / País:					
Buenos Aires / Colombia		B/quere / Colombia					
Sexo			Estado civil				
<input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indeterminado			<input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo				
Contacto:	Daley Escobar		Dirección:	Calle 18 #42-213			
Barrio:	Las margaritas		Ciudad/Municipio:	B/quere			
Departamento:	Atlántico		País:	Colombia			
Tipo de vivienda:			<input type="checkbox"/> Propia <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada				
No. Personas a cargo:		Gastos familiares mensuales:					
2							
Correo electrónico: OzunaTheidy21@gmail.com							
Ocupación: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Empleado con negocio							

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the upper left quadrant.

Handwritten text, possibly a date or a short phrase, located in the center of the page.

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the lower left quadrant.

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the lower right quadrant.

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the bottom left quadrant.

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the bottom right quadrant.

Handwritten text, possibly a signature or name, located at the bottom center of the page.



ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO  
FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE  
CONTRAPARTES PERSONA NATURAL

CODIGO: FT-GR-022

VIGENCIA: Agosto 2024

VERSION: 01

Página 2 de 5

Independiente

Hogar

Estudiante

Rentista

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

2. PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE

¿Es una persona expuesta políticamente (PEP)? :	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
¿Maneja recursos públicos?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
¿Ejerce algún grado de poder público?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
¿Es servidor Público?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona pública expuesta?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
¿Goza de reconocimiento público?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total ingresos operacionales mensuales:		Total ingresos no operacionales mensuales:	
Total de egresos mensuales:		Concepto otros ingresos:	
Activos:		Pasivos:	
Fecha de corte de información financiera:		Actividad económica principal:	
Código CIU:		Ocupación, oficio o profesión principal:	

4. DECLARACIÓN DE FONDOS

Obrando en nombre propio, Yo, \_\_\_\_\_ de manera voluntaria manifiesto que todo lo aquí identificado con número de documento: \_\_\_\_\_ de manera voluntaria manifiesto que todo lo aquí consignado es cierto y realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Básica Jurídica, expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, o cualquier otra que adicione, modifique o reemplace, la ley 90 de 1995 (Estatuto anticorrupción), el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (decreto 663 de 1993) y demás normas legales relacionadas. Declaro que los recursos y/o bienes que entrego son:

Ahorros

Préstamo

Pensión

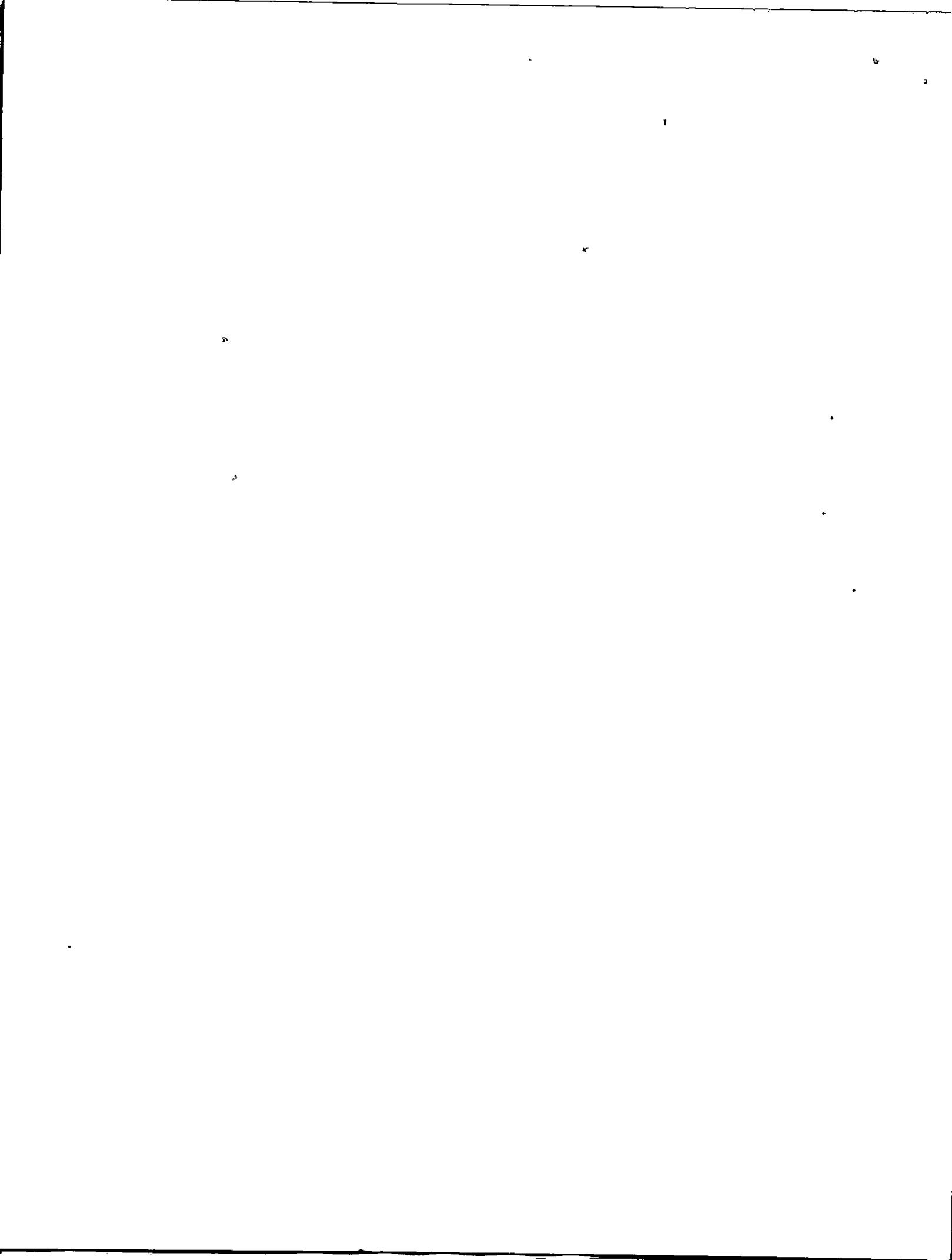
Herencia

Desarrollo de actividad económica

Ingresos laborales

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier forma que lo modifique o adicione. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a cancelar los productos y/o servicios obtenidos en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO. En caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento





**ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO**  
FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE  
CONTRAPARTES PERSONA NATURAL

CODIGO: FT-GR-022

VIGENCIA: Agosto 2024

VERSION: 01

Página 3 de 5

eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de notación de este.

**5. AUTORIZACIÓN CONSULTA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, en cumplimiento de la ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y su política de tratamiento de datos, adoptado por la fiduciaria y publicado en su página web, por los cuales se establecen disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos, es responsable del tratamiento de sus datos personales. usted como titular o representante legal de la persona jurídica a la que representa, tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales y, sólo en los casos en que sea procedente, a suprimirlos o revocar la autorización otorgada para su tratamiento, enviando su solicitud al correo electrónico [notificacionesjudiciales@eseuniversitariadelatlantico.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@eseuniversitariadelatlantico.gov.co). por lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a para que los datos obtenidos sean utilizados para las siguientes finalidades: (i) consulten, soliciten o verifiquen información sobre los datos de ubicación o contacto, activos, bienes o derechos en entidades públicas o privadas, o que conozcan personas naturales o jurídicas, o se encuentren en buscadores públicos, redes sociales o publicaciones físicas o electrónicas, bien fuere en Colombia o en el exterior. (ii) consultar, almacenar, administrar, transferir, reportar, procesar y divulgar ante las centrales de información o bases de datos, la información financiera, crediticia, comercial y de servicios de la persona jurídica a la que represento, con la finalidad de servir como elemento de análisis para establecer y mantener una relación contractual, cualquiera que sea su naturaleza. (iii) me contacten a través de cualquier medio (físico o digital), para el envío de mensajes, extractos e informes. (iv) accedan; recolecten, procesen, actualicen, conserven y eliminen mi información y de la persona jurídica a la que represento, incluso aún documentación, cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma. (v) compilen y remitan a las autoridades competentes, incluyendo las fiscales y los reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados o que llegare a contratar en representación de la persona jurídica, datos de contacto, movimientos y saldos, y toda aquella información que reposare en la entidad que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras. (vi) compartan, transmitan, transfieran y divulguen mi información o de la persona jurídica a la que represento, incluso aún documentación, con las siguientes personas: (a) quienes ofrezcan, presten o suministren bienes y servicios a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO para la adecuada prestación de sus productos o servicios; (b) terceros contratados por EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO para la cobranza judicial y extrajudicial, así como para mi localización e investigación de bienes y derechos (c) a quienes son contratados para la realización de actividades de educación financiera; siempre y cuando guarde conexión con la relación contractual, esquema fiduciario y/o servicios celebrados y/o acordados entre el cliente y la fiduciaria. (vii) ofrezcan a la persona jurídica a la que represento y presten sus productos o servicios a través

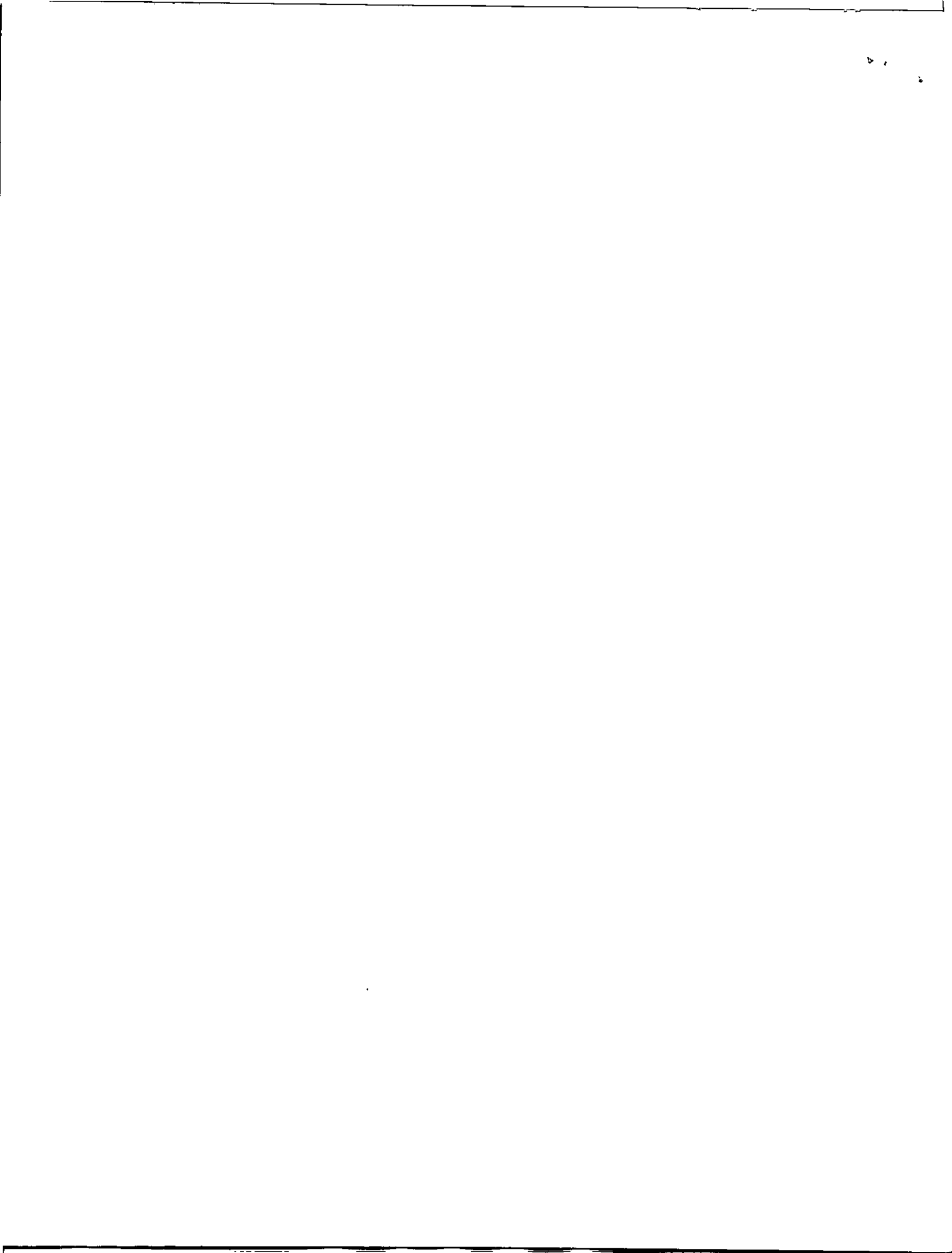
Declaro conocer y aceptar de manera expresa, el contenido de la presente solicitud de autorización y el contenido de la política de protección de datos personales de EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERISTARIA DEL ATLANTICO. de igual forma declaro contar con la autorización para suministrar la información de los titulares de información referidos o en el presente formulario para las finalidades descritas:

SI

NO

**6. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, implementó medidas tendientes a prevenir que sus operaciones puedan ser utilizadas como instrumento para el aprovechamiento, manejo o inversión de cualquier bien o activo proveniente de actividades ilícitas o para dar apariencia de legalidad a dichos. en tal sentido, indique a continuación si declara conocer y aceptar que EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO podrá dar por





**ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO**  
 FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE  
 CONTRAPARTES PERSONA NATURAL

CODIGO: FT-GR-022

VIGENCIA: Agosto 2024

VERSION: 01

Página 4 de 5

terminado de manera unilateral la relación comercial existente, sin que haya lugar al pago de indemnización alguna cuando se presente cualquiera de las siguientes situaciones: i) presentar condena en firme por parte de las autoridades competentes por el delito de lavado de activos, o los delitos fuente de éste relacionados en el código penal colombiano o el delito de financiación del terrorismo o administración de recursos relacionados con actividades terroristas o proliferación de armas de destrucción masiva o proliferación de armas de destrucción masiva. ii) ser incluido en listas internacionales vinculantes para Colombia y OFAC. iii) incumplir con los requisitos aplicables a la verificación de su identidad, la identificación de su beneficiario final, obtener información sobre el propósito y el carácter que se pretende dar a la relación comercial, o se niegue a entregar los documentos requeridos para su adecuado conocimiento y/o la debida diligencia continua de la relación para asegurar que las transacciones que se realicen sean consistentes con el conocimiento que tiene la fiduciaria. declaro conocer y aceptar de manera expresa la política de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

SI

NO

**7. DOCUMENTOS SOPORTE**

Para llevar a cabo el proceso de vinculación y/o actualización, debe adjuntar los siguientes documentos:

Copia documento de identidad

RUT

Declaración de persona expuesta políticamente (PEP)

Declaración de renta del último periodo gravable o constancia de ingresos o estados financieros certificados o dictaminados

**IMPORTANTE:** Los documentos soporte que sean enviados del extranjero, debe ser apostillados. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO. garantiza reserva, confidencialidad y seguridad de información sobre la información y los documentos soporte suministrados a través del presente formulario. en concordancia con lo ordenado por la circular básica jurídica de la superintendencia financiera de Colombia.

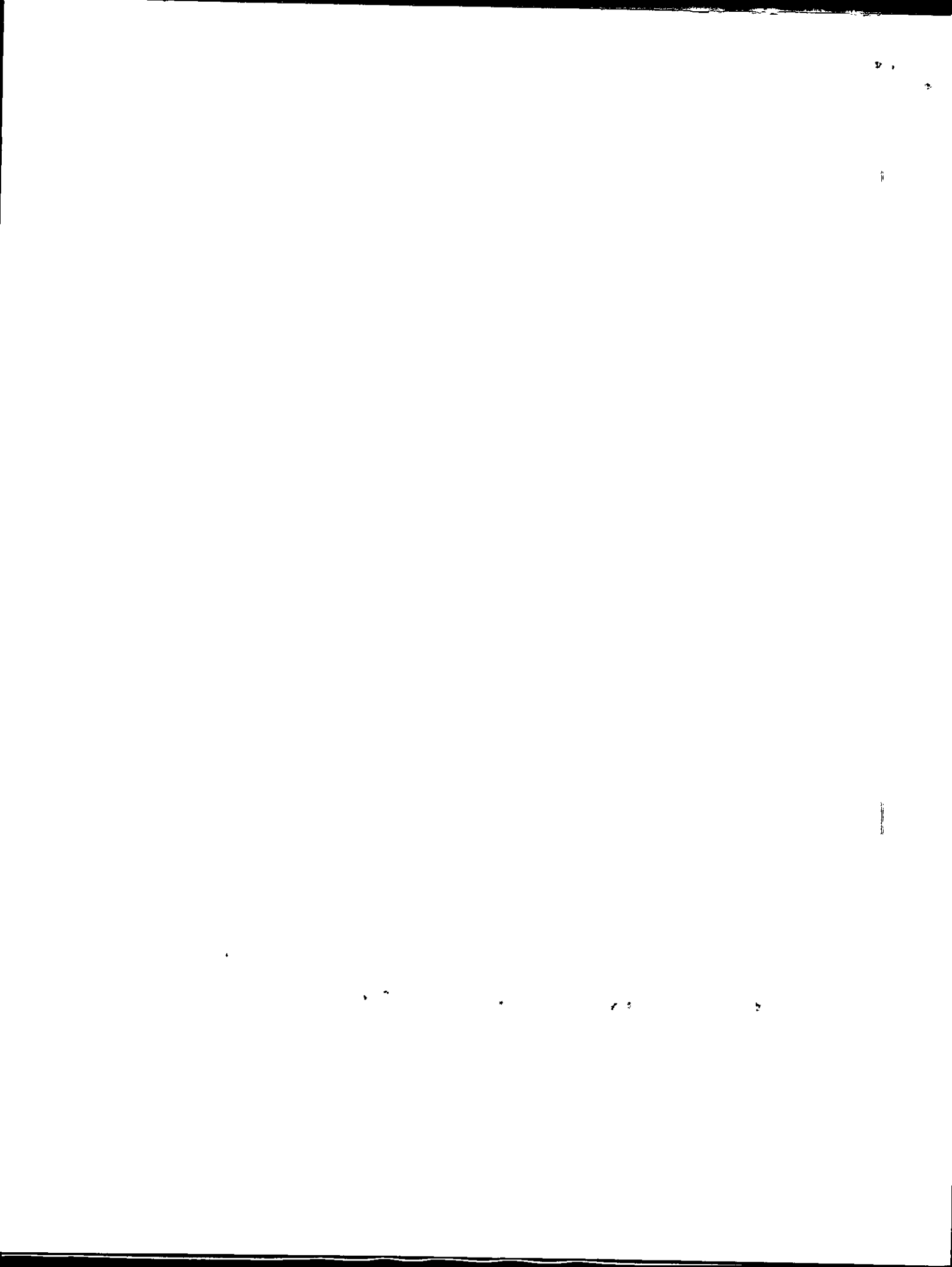
**8. CONSTANCIA DE APROBACIÓN Y FIRMA DEL FORMULARIO**

Declaro que diligencé la información contenida en los numerales 1 al 7 del presente formulario:

Thedy ozuel E  
 Firma

22732640  
 Número de documento

Tipo de Documento:  CC  TI  CE  NUIP  PA  Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_





**ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO**  
FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE  
CONTRAPARTES PERSONA NATURAL

CODIGO: FT-GR-022

VIGENCIA: Agosto 2024

VERSION: 01

Página 5 de 5

**9. ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION**

Resultado de verificación de datos:

NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICO:	NUMERO DE IDENTIFICACION:	FECHA:	HORA MILITAR

