



Republica de Colombia

# Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional  
Decreto No. 1358 del 15 de noviembre de 1972

Confiere el título de

## Enfermera

A STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA

con cédula de ciudadanía No. 1.140.855.017 de Barranquilla

y en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 24 días del mes de Julio de 2014 y lo refrenda con las firmas de rigor.

El Rector

El Secretario General

El Director del Programa

Registrado en el tomo No. 4 del Libro de Diplomas 58 Secretaría General de la Universidad

14044

GOBERNACIÓN DEL  
Departamento de Salud De  
Barranquilla con Vistos y  
Actos Legales  
Resolución No. 05-21  
En Barranquilla Fecha  
Firma y Sello



Republica de Colombia

# Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional  
Decreto No. 1358 del 15 de noviembre de 1972

Confiere el título de

## Enfermera

A STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA

con cédula de ciudadanía No. 1.140.855.017 de Barranquilla

y en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 24 días del mes de Julio de 2014 y lo refrenda con las firmas de rigor.

El Rector

El Secretario General

El Director del Programa

Registrado en el tomo No. 4 del Libro de Diplomas 58 Secretaría General de la Universidad

14044

GOBERNACIÓN DEL  
Departamento de Salud De  
Barranquilla con Vistos y  
Actos Legales  
Resolución No. 05-2  
En Barranquilla Fecha  
Firma y Sello



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.140.855.017**

Asistió al Curso de:

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 21 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2024.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.140.855.017**

Asistió al Curso de:

**INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA IAMI INTEGRAL (IAMI)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 19 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2024.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.140.855.017**

**Asistió al Curso de:**

**GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 22 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2024.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.140.855.017**

**Asistió al Curso de:**

**INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA IAMI INTEGRAL (IAMI)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 19 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2024.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.140.855.017**

Asistió al Curso de:

**VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y CONFLICTO ARMADO (VCA)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 20 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2024.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.140.855.017**

Asistió al Curso de:

**ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA CLÍNICO (AIEPI)**

**Con una intensidad horaria de 70 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 20 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2024.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL

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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.140.855.017**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Febrero del 2024.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

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

# FONDO DE CESANTÍAS COLFONDOS

## SOLICITUD DE RETIRO DE CESANTÍAS No.

FECHA SOLICITUD DE RETIRO	OFICINA DE RETIRO	CIUDAD	HORA DE RECIBIDO
Señores Fondo de Cesantías COLFONDOS Solicito tramitar el retiro de mi cuenta de Cesantías, para lo cual anexo la documentación requerida y certifico la validez de la información diligenciada.			



DATOS DEL AFILIADO			
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
No. IDENTIFICACIÓN			TIPO DE IDENTIFICACIÓN
DIRECCIÓN RESIDENCIA		CIUDAD DE RESIDENCIA	DPTO. / ZONA / ESTADO DE RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO		Autorizo el envío de mis extractos a la dirección de Correo Electrónico <input type="checkbox"/> TELÉFONO RESIDENCIA
PAÍS RESIDENCIA	PAÍS TRABAJO		

**AUTOCERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA FISCAL DEL AFILIADO**

¿Debe usted declarar sus impuestos en los Estados Unidos de América? SI ( ) NO ( ) ¿Debe usted declarar sus impuestos en un país diferente a Colombia o a los EEUU? SI ( ) NO ( ) Si respondió SI, indique el país(es) y su Número de Identificación Tributaria (NIT/TIN) o Número de Seguridad Social (SSN). Si no puede informar el NIT/TIN o SSN, indique la razón usando el código correspondiente: (A) Se solicitó o se va a solicitar pero no se ha recibido (B) La autoridad tributaria del país no expide (C) Otra razón (Explique).

Nota: Las personas que deben declarar sus impuestos en EEUU incluye, pero no se limita a: Ciudadanos de EEUU (personas con doble nacionalidad) y personas con estatus de Residente Permanente en EEUU.

País	TIN/SSN:	Código para no informar TIN/SSN: (A) <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> Explique:
País	NIT/TIN:	Código para no informar NIT/TIN: (A) <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> Explique:
País	NIT/TIN:	Código para no informar NIT/TIN: (A) <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> Explique:
País	NIT/TIN:	Código para no informar NIT/TIN: (A) <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> Explique:

**CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO**

Certifico que la información entregada en este formato se encuentra completa y correcta. Autorizo a la entidad para entregar, de forma directa o indirecta, a las autoridades tributarias correspondientes o a cualquier otra parte autorizada a auditar o conducir una revisión similar con fines tributarios en la entidad, la información contenida en este formato y/o a entregar copia de esta información, así como informar a dichas autoridades tributarias o partes autorizadas respecto de cualquier otra información que la entidad pueda tener en su poder que sea relevante para la clasificación declarada en esta certificación. Reconozco que la información contenida en este formato y la información respecto a mis cuentas en la entidad (incluyendo la información de los saldos o balances de las cuentas y pagos recibidos) pueden ser reportadas a las autoridades tributarias locales, y que estas autoridades tributarias pueden también entregar dicha información a las autoridades de cualquier otro país adicional, que yo haya listado anteriormente como un país en el que soy responsable tributario. Autorizo a la entidad para compartir la información contenida en este formato con su matriz The Bank of Nova Scotia-Scotiabank, que tiene su domicilio principal en Toronto Canadá, las filiales y/o subordinadas de esta, cuyo domicilio se encuentre en el extranjero o en la República de Colombia, las filiales, subordinadas y/o afiliadas de la entidad. Me comprometo notificar a la entidad de manera inmediata cualquier cambio de circunstancia que puedan causar que la información contenida en este formato deje de ser correcta y válida, así como entregar a la entidad una Autocertificación de Residencia Fiscal actualizada dentro de los primeros 30 días en que se haya presentado un cambio en dicha circunstancia.

DATOS DE LA EMPRESA		
NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN LUGAR DE TRABAJO	TELÉFONO

CONCEPTO Y DATOS DEL RETIRO			
VALOR: \$	RETIRO DEFINITIVO		RETIRO PARCIAL
VALOR EN LETRAS:	TERMINACIÓN DEL CONTRATO <input type="checkbox"/>	PRESTACIÓN SERVICIO MILITAR <input type="checkbox"/>	VIVIENDA <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE - RETIRO PARCIAL <input type="checkbox"/>
	SUSTITUCIÓN PATRONAL <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE - RETIRO TOTAL <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> COOPERADO - RETIRO PARCIAL <input type="checkbox"/>
	CONVERSIÓN A SALARIO INTEGRAL <input type="checkbox"/>	COOPERADO - RETIRO TOTAL <input type="checkbox"/>	COMPRA ACCIONES <input type="checkbox"/>
	FALLECIMIENTO DEL AFILIADO <input type="checkbox"/>		

**PERSONA DE LA EMPRESA QUE AUTORIZA EL RETIRO DE LAS CESANTÍAS**

NOMBRE Y APELLIDOS	No. Identificación	FIRMA Y SELLO	CARGO
--------------------	--------------------	---------------	-------

**FORMA DE PAGO DEL RETIRO**

1. Abono Automático (Electropago) (\*\*)  
 No. Cta. \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta Ahorro  Corriente

2. Pagos PIN (a través de corresponsal no bancario) (\*\*\*)  3. Efectivo (a través de algunas oficinas bancarias)  4. Cheque  Afiliado  Beneficiario

Nombre y Apellidos Beneficiario del Cheque \_\_\_\_\_ No. de Identificación del Beneficiario \_\_\_\_\_

Señor afiliado: el cheque correspondiente al valor de su retiro de cesantías se emitirá con sello de cruce restrictivo. El monto para pago en efectivo es limitado.

\* En cumplimiento de la Ley 1591 de 2012, le informamos que los datos personales que usted ha diligenciado en este formato son tratados conforme al Aviso de Privacidad, a la Política de Protección de Datos y a la autorización de Manejo de datos Personales que usted puede consultar en la página web: www.colfondos.com.co

\*\* Autorizo a Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías a efectuar el pago de mis cesantías en la cuenta elegida anteriormente. Certifico que la información suministrada en este formato es verídica y completa.

\*\*\* Autorizo que me sea informado mediante mensaje de texto al número de celular registrado en este formato los datos necesarios para utilizar los recursos en el corresponsal no bancario, utilizando por COLFONDOS para el pago.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL AFILIADO

\_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

\_\_\_\_\_  
 HUELLA INDICE DERECHO

**PARA DILIGENCIAMIENTO DE COLFONDOS**

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA	CARGO	FECHA:	Certificamos que efectuamos los controles y procedimientos según el manual de retiros de cesantías y conocimiento del cliente, por lo cual autorizamos el pago.
RESPONSABLE COLFONDOS	TELÉFONO CONTACTO	VALIDADO VIGILA SI	

NOMBRE DEL ASESOR COMERCIAL	FIRMA ASESOR COMERCIAL	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE RECIBIDO
NOMBRE REPRESENTANTE DE SERVICIO	FIRMA REPRESENTANTE DE SERVICIO	NOMBRE DEL ADMINISTRADOR	FIRMA DEL ADMINISTRADOR

10-2010 LOS RETIROS PARCIALES GENERAN COMIÓN SOBRE EL MONTO DEL RETIRO, SIN QUE ESTE EXCEDA EL 27.94% DEL SALARIO MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE. SER-GSC-FOR-017 Versión 8.  
 ESTE TIPO DE TRANSACCIONES GENERAN GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS (GMP) DE ACUERDO CON LA TARIFA VIGENTE, EXCEPTUANDO LAS TRANSFERENCIAS CON CITIBANK, BANCOLOMBIA O COLPATRIA.

\* Si usted tiene recursos en la subcuenta de corto plazo, todo retiro parcial se aplicará afectando en primera medida a estos recursos.  
 • En caso de no ser suficientes los recursos existentes en la subcuenta de corto plazo para aplicar el retiro parcial, se afectarán los recursos existentes en la subcuenta de largo plazo.  
 Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías - Sociedad administradora de fondos de pensiones y de cesantía

VIGENCIA: 01/01/2010 - 31/12/2010

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA LEGALMENTE PARA EL TRÁMITE DE RETIRO DE CESANTÍAS

### DOCUMENTACIÓN GENERAL

- Formato de "Solicitud de Retiro Cesantías" (SER-GSC-FOR-017 Versión 8.)
- Fotocopia legible del documento de identidad del solicitante, cuando no sea legible debe presentar certificado emitido por la Registraduría del Estado Civil donde esté validando el nombre, número de identificación, fecha de nacimiento y fecha de expedición.
- Cuando se presente pignoración sobre el auxilio de cesantías se deberá adjuntar adicionalmente certificación del saldo de la deuda. En este caso el empleador debe diligenciar la casilla correspondiente a los datos del beneficiario del pago que contiene la solicitud.

### DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA

#### RETIRO PARCIAL SECTOR PRIVADO

##### A. RETIRO PARCIAL VIVIENDA EN ESTE CASO LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA GIRARÁ A QUIEN DETERMINE EL EMPLEADOR.

- Carta de la empresa certificando los siguientes datos: Nombre del trabajador interesado, número de documento de identidad, valor del anticipo, concepto del retiro, afirmación del propio empleador de haber verificado y estar dispuesto a vigilar que el trabajador va a utilizar su cesantía en las inversiones previstas por la ley.

##### B. RETIRO PARCIAL EDUCACIÓN - ESTUDIOS SUPERIORES EN ESTE CASO LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA GIRARÁ A NOMBRE DE LA ENTIDAD EDUCATIVA.

- Original y fotocopia del recibo de matrícula por parte de la Institución de Educación Superior o instituciones que imparten programas técnicos en artes y oficios que estén aprobados por autoridades de educación departamental y/o certificación original expedida por la entidad de educación superior sobre la admisión del estudiante, donde conste: Nombre y Nit de la institución, área de estudio, tiempo de duración, valor de la matrícula y forma de pago.
- Copia de la resolución de aprobación de la institución educativa y constancia de la aprobación del respectivo programa educativo para los casos de educación; para el trabajo y el desarrollo.
- Documentos que acrediten la calidad del beneficiario (cónyuge, compañero(a) o hijos), tales como registro civil de nacimiento, registro civil de matrimonio, partida eclesiástica, o declaración extrajudicial.

##### C. COMPRA DE ACCIONES DE EMPRESAS ESTATALES EN PROGRAMA DE VENTA DE SU PROPIEDAD ACCIONARIA PARA SUS TRABAJADORES, EXTRABAJADORES Y PENSIONADOS EN ESTE CASO LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA GIRARÁ A LA ENTIDAD VENDEDORA O AL COMISIONISTA DE BOLSA.

- Original o fotocopia autenticada del comprobante de adjudicación de las acciones.
- Carta dirigida al empleador o a la administradora de sus Cesantías manifestado su intención de adquisición de las acciones por lo menos 15 días calendario anterior al vencimiento del plazo correspondiente a la oferta.
- Resolución emitida por la Entidad Pública autorizando el pago (para retiros sector público)

**SI UD. ES AFILIADO INDEPENDIENTE, SOLO NECESITA PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN GENERAL. SI UD. ES AFILIADO COOPERADO DEBERÁ ADJUNTAR AUTORIZACIÓN DE LA COOPERATIVA PARA LOS CASOS QUE ASI SE REQUIERA.**

#### RETIRO DEFINITIVO SECTOR PRIVADO

##### A. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO.

- Prueba sumaria que acredite este hecho.

**PARA LOS SIGUIENTES CASOS, SE REQUIERE COMUNICACIÓN DEL EMPLEADOR DONDE INFORME SOBRE EL HECHO.**

##### B. SUSTITUCIÓN PATRONAL C. CONVERSIÓN A SALARIO INTEGRAL D. FALLECIMIENTO DEL AFILIADO

- Carta del Empleador (Resolución o acto administrativo para el sector público) informando los beneficiarios o diligenciamiento del formato de retiro SER-GSC-FOR-017 Versión 8.
- Certificado de Registro Civil de defunción original o fotocopia autenticada.
- Documentos que acrediten la calidad de beneficiario según sea el caso: Cónyuges (Registro Civil de Matrimonio), Compañeros Permanentes (2 Declaraciones extra juicio ante Notario donde especifique tiempo modo y lugar de convivencia realizada por dos personas diferentes a familiares), Hijos (Registro Civil de Nacimiento), Padres (Registro Civil de Nacimiento del afiliado).
- Publicación de 2 edictos o avisos por parte del empleador según lo dispuesto por Ley (Artículo 212 y 258 del C.S.T).
- Fotocopia documento de identificación afiliado.
- Fotocopia y original de documentos de los beneficiarios.

##### E. PRESTACIÓN SERVICIO MILITAR

- Certificado de incorporación expedido por las fuerzas militares.

#### RETIRO PARCIAL SECTOR PÚBLICO

##### A. RETIRO PARCIAL VIVIENDA

- Original resolución o Acto Administrativo emitida por la entidad donde certifique la autorización del retiro parcial de las cesantías, con los siguientes datos: Nombre del trabajador interesado, número de documento de identidad, valor del anticipo, concepto del retiro, afirmación del propio empleador de haber verificado y estar dispuesto a vigilar que el trabajador va a utilizar su cesantía en las inversiones previstas por la ley.

##### B. RETIRO PARCIAL EDUCACIÓN

- Original resolución o Acto Administrativo emitida por la entidad.
- Original y fotocopia del recibo de matrícula por parte de la Institución de Educación Superior o instituciones que imparten programas técnicos en artes y oficios que estén aprobados por autoridades de educación departamental y/o certificación original expedida por la entidad de educación superior sobre la admisión del estudiante, donde conste: Nombre y Nit de la institución, área de estudio, tiempo de duración, valor de la matrícula y forma de pago.
- Copia de la resolución de aprobación de la institución educativa y constancia de la aprobación del respectivo programa educativo para los casos de educación; para el trabajo y el desarrollo.
- Documentos que acrediten la calidad del beneficiario (cónyuge, compañero(a) o hijos), tales como registro civil de nacimiento, registro civil de matrimonio, partida eclesiástica, o declaración extrajudicial.

#### RETIRO DEFINITIVO SECTOR PÚBLICO

- Original resolución o Acto Administrativo emitida por la entidad indicando la fecha de terminación del contrato y/o prueba sumaria de terminación de contrato o relación laboral.

**LLAME GRATIS 01 8000 510 000 PARA FUERA DE BOGOTÁ Y AL 748 4888 EN BOGOTÁ, BARRANQUILLA 386 9888, BUCARAMANGA 698 5888, CALI 489 9888, CARTAGENA 694 9888, MEDELLÍN 604 2888**

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SEDE: CRA 47 NO.69-83 BOSTON

FECHA DE INGRESO: 28/11/2022

FECHA SALIDA: 28/11/2022

#### TIPO DE EVALUACION

INGRESO

EGRESO

PERIODICO

#### DATOS DEL PACIENTE:

Nombre completo: STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA

Identificación: 1140855017

Sexo: F

Fecha de nacimiento: 10/11/1992

Edad: 30

Empresa: INDEPENDIENTE

Cargo y/u Oficio: ENFERMERA



### EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O Ingreso con énfasis en altura.

### EXAMENES REALIZADOS

AGUDEZA VISUAL, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA, EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR.

#### Recomendaciones laborales

Usar EPP

Cumplir con los protocolos de bioseguridad

Higiene Postural

Pausas Activas

Usar mascarilla

#### Manejo por EPS/ARL:

#### Hábitos y estilos de vida

#### incluir PVE

Hacemos constar que hemos realizado examen medico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y en general los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Estará disponible para fines legales pertinentes.

#### CONCEPTO DE APTITUD:

APTO

APTO CON RECOMENDACIONES

APTO CON RESTRICCIONES

NO APTO

#### OBSERVACION:

Se valora signos clínicos y epidemiológicos para Covid -19, En el momento de la consulta no se evidencia signos y Síntomas compatibles con el nuevo Covid-19.

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera.

Dr. Miguel Esquivia S.  
Médico Especialista en Seguridad y Salud  
En el Trabajo Lic. 2011

**MIGUEL ESQUIVIA SANJUAN**

FIRMA DEL TRABAJADOR

Médico Especialista Salud Ocupacional

Lic.de S.O. # 262012

Firma y Sello del Médico



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.140.855.017**

Asistió al Curso de:

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 21 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2024.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL

# Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 1424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional  
Resolución Jurídica No. 1318 de noviembre 15 de 2012

Confiere a

STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA


con Documento de Identificación C.C. No. 1140.895.017

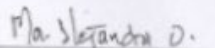
el certificado de  
**Diplomado**

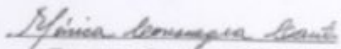
en PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD

con una intensidad horaria de: 300 Horas

y en testimonio se expide el presente Certificado en Barranquilla, a los 24 días del mes de Julio de 2014 y lo refrenda con las firmas de rigor.

  
Secretaría General,

  
Coordinador Académico

  
Director de Registro y Control

10320



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.140.855.017**

Asistió al Curso de:

**VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y CONFLICTO ARMADO (VCA)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 20 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2024.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL

Bogotá, Marzo / 5 de 2025



Señor (a): STEPHANY LORRAINE NIEBLES ZULUAGA  
CC. 1140855017  
CR 18 17 17  
BARRANQUILLA

**Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.**

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 30 de 2020, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

### **CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.**

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co) Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co)** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL  
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

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 y 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.