

República de Colombia



Departamento del Atlántico



Instituto Técnico de Administración y Salud

Licencia de Funcionamiento No. 087 de Febrero 23 de 1.999. Secretaría de Educación Distrital - Barranquilla

Otorga a:

Katerine Paola Herrera Zúñiga

Documento de Identidad No. 1.081.792.816 de Fundación (Magd.)

Por haber terminado satisfactoriamente sus estudios teórico-prácticos con una duración de 1600 horas

El Presente Certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico Laboral por Competencias en:
Auxiliar Administrativo En Salud

Dado en Barranquilla a los 15 días del mes de Diciembre de 20 17

notado en el Folio No. 3686A del Libro No. 10 Registro No. 15



[Firma]
Director General

[Firma]
Director Académico



INC-D517-2017B

¡Juntos construimos tu futuro!



INCATEC

Instituto Técnico de Administración y Salud

NIT. 802.008.964 - 0

Lic. de funcionamiento No. 087 de Febrero 23 de 1999 Secretaría de Educación Distrital



LOS MEJORES
EN EDUCACIÓN 2013



MinEducación



ISO 9001
Icontec
SC-CER272646



IONet
CO-SC-CER272646



NTC 5555
Icontec
FT-CER272647

Registro de Programas SENA

ACTA DE CLAUSURA DE PROGRAMAS Y CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD No 15 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017

En la ciudad de Barranquilla, a los Quince (15) días del mes de Diciembre de 2017, en el Salón de Eventos las Trinitarias, siendo las Cuatro (4:00) de la tarde se reunieron los suscritos Director General, Doctor **JORGE TAMAYO ARGUELLES** y la Directora Académica Señora **KATHYA CENETH DIAZ MENDOZA** del **INSTITUTO TECNICO DE ADMINISTRACIÓN Y SALUD – INCATEC** y demás invitados especiales, con el fin de formalizar en ceremonia de clausura de programas la culminación de estudios de (la) estudiante **Katerine Paola Herrera Zúñiga**, identificado(a) con la cédula No **1.081.792.816** expedida en **Fundacion (Magd.)**, quién llenó todos los requisitos que el Reglamento Pedagógico estipula para optar al Certificado de Aptitud Ocupacional Como Técnico Laboral por Competencias en **AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD**, con una intensidad de 1600 Horas, el Director General tomó el juramento reglamentario e hizo entrega del correspondiente certificado y la presente acta debidamente firmados, sellados y registrados en el folio No **3686A** del libro de certificaciones No **10**

Es fiel copia tomada del original debidamente firmada por el Director General y la Directora Académica. Dada en Barranquilla a los Quince (15) días del mes de Diciembre de 2017.



JORGE TAMAYO ARGUELLES
Director General



KATHYA CENETH DIAZ MENDOZA
Directora Académica

Sede Salud y Administrativa: Cra 46 No. 60 - 41 • Tels.: 360 2875 - 368 5313

Sede Cosmetología: Calle 64 No. 50 - 79 • Tels.: 349 2965 - 368 9670

Sede Malambo: Calle 7 No. 16 - 24 • Tel.: 384 3264 • Cel.: 311 697 5022

E-mail.: incatecbq@hotmail.com • www.incatec.eu.com • Barranquilla - Colombia

BQUILLA, Abril 7 de 2025

Señora:

HERRERA ZUÑIGA KATERINE PAOLA

CC. 1081792816CR 24A 74B 23 BRR CARLOS MEISEL - 0

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 4 de 2021. 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
HERRERA ZUÑIGA KATERINE PAOLA	1081792816	C	Jun-4-2021	42	26	COTIZANTE	VIGENTE		Suspendido	Ninguna
CARDOZO BARRIOS JONATHAN LUIS	72288729	C	Jun-4-2021	42	26	CONYUGE	VIGENTE		Suspendido	Ninguna
CARDOZO HERRERA SANTIAGO ANDRES	1194970318	T	Jun-4-2021	42	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Suspendido	Ninguna
CARDOZO HERRERA DANIELA ALEJANDRA	1043452263	T	Jun-4-2021	42	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Suspendido	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
AYUDA TEMPORAL DEL CARIBE S A	1081792816	Dependiente	CERRADO
KATERINE PAOLA HERRERA ZUÑIGA	1081792816	Trabajador Independiente	VIGENTE

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.

**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:

KATERINE PAOLA HERRERA ZUÑIGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.792.816**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Marzo del 2025.

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.



NIT: 901250566-7
TEL: 6052023249

RAMÓN DE LA CRUZ MENDEZ
Médico Especialista
en Seguridad y Salud en el Trabajo

CRA 49C #79-50 L2

3006760217 - 3007130703

Correo: contacto@coicentrooptometricointegral.com

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO**

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: KATERINE PAOLA HERRERA ZUÑIGA **Id:** CC 1081792816
Fecha de nacimiento: 1987-05-29 **Edad:** 37 años **Genero:** F
Dirección: Cra 24a #74b-23 - Barranquilla **Telefono:** 3044469176
Estatura (cms): 174 **Peso (kgs):** 98 **Imc:** 32.4 - OBESIDAD
Empresa: PARTICULAR
Dirección: CRA 24A #74B-23
Cargo: CONTRATISTA **Fecha de realización:** 22-03-2025



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS:

NO SE PRACTICARON PARACLÍNICOS

CONCEPTO:

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Control anual por optometría-,Dieta baja en grasa y carbohidratos-,Ejercicio físico moderado-,Posiciones ergonómicas-,Uso de epp de acuerdo al cargo,Valoración en su Eps por nutrición

OBSERVACIONES

Paciente en buenas condiciones generales, fuerza y tono muscular conservados, signos vitales dentro de los parámetros normales sin limitación ocupacional a la fecha,

RESTRICCIONES LABORALES

No restricciones, solo recomendaciones

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Auditivo	Cardiovascular	Ergonómico	Metabólico	X	Psicosocial	Respiratorio	Visual	X	Otros
----------	----------------	------------	------------	---	-------------	--------------	--------	---	-------

REMISIÓN	SI	X	NO
----------	----	---	----

REMISIÓN EPS	SI	X	NO
--------------	----	---	----

REMISIÓN ARL	SI	NO	X
--------------	----	----	---

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra entidad.

Dr. Ramón De La Cruz Mendez
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 2538/2014

Dr Ramón De La Cruz Mendez
Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo.
Registro médico 01-564 minsalud.
Resolución S.O. #419 -junio de 2024 Atlántico

Trabajador: KATERINE PAOLA HERRERA ZUÑIGA
CC 1081792816

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN
DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1.La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

2.Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.

3.Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4.Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5.Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.


6.Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

8.Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

9.La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el 01 de Abril de 2025

Firma:


Nombre: KATERINE PAOLA HERRERA ZUÑIGA

Identificación: 1.081.792.816



CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), KATERINE PAOLA HERRERA ZUÑIGA identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 1.081.792.816 expedida en Fundación (Magdalena) actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 01 de Abril de 2025

Katerine Herrera Z.

Firma:

C.C 1.081.792.816

Nombre: **KATERINE PAOLA HERRERA ZUÑIGA**

