

From: [Saved by Blink](#)

To:

Date: 12/31/2023 4:30:04 PM

Subject: Policía Nacional de Colombia

Attachments: .gif

.jpeg

Attach 1



INICIO	CONTÁCTENOS	PREGUNTAS FRECUENTES
--------	-------------	----------------------

### Consulta en Línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:29:38 AM horas del 31/12/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **32865503**

Apellidos y Nombres: **DONADO PARODIS ZULAI YASMINE**

#### **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.

Dirección: Avenida El Dorado #  
75 de 25 barrio Modelia, Bogotá  
D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00  
pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [bjin.araic](mailto:bjin.araic)  
[atc@policia.gov.do](mailto:atc@policia.gov.do)

---

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa

Portal Único de

GOV.CO

Nacional

Contratación

Todos los derechos reservados.



# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

## 👤 Consulta Ciudadano

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 31/12/2023 11:38:10 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **32865503** .

## **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. **81159127** . 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

Información

515 9000



Dios y  
Patria

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



🇨🇴 | GOV.CO

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 29 de diciembre de 2023, a las 18:45:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	32865503
Código de Verificación	32865503231229184546

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.



YEZID LOZANO PUENTES  
Contralor Delegado





## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

### HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ZULAI JASMINE DONADO PARODI** identificado con **CC No. 32865503**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA DE SOLEDAD - NI. 802013023	<b>Fecha de afiliación:</b> 01/07/2020 <b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 03/10/2023 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 01/01/2024 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 31/01/2024 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 3 <b>Cargo :</b> AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301022497323.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 31 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



COLEGIO DE PSICÓLOGOS  
SEMIOTICISTAS DE LA ESP  
Nativia Inés G. G.  
El Rector o Director (a)  
CC No. 32.827.104 SOLEDAD

  
**IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S**  
NIT 901.221.712-2

**CERTIFICA QUE**  
**ZULAI JAZMINES DONADO PARODI**

---

**IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 32.865.503**

**Asistió al Curso de:**  
INSITUACIONES AMIGOS DE LA SALUD EN EL FAMILIAR (AMF) - N° 1001  
**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANCOILLA A LOS 17 DIAS DEL MES DE MAYO DE 2021. LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL.

 _____ <b>Andrés Fabián Monje</b> GERENTE	 <b>IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S</b>	 _____ <b>Marli Esquivel Zambrano</b> REPRESENTANTE LEGAL
---	---	---

VALIDEZ DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA EN USO A PARTIR DE LA GENERACION DE LA MISMA

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL MINISTERIO DE EDUCACION SUPERIOR MINISTERIO DE SALUD MINISTERIO DE TRABAJO MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO MINISTERIO DE INTERIO MINISTERIO DE ECONOMIA MINISTERIO DE AGRICULTURA MINISTERIO DE CULTURA MINISTERIO DE TURISMO MINISTERIO DE VIVIENDA MINISTERIO DE TRANSITO MINISTERIO DE DEFENSA MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO MINISTERIO DE ENERGIA MINISTERIO DE AMBIENTE MINISTERIO DE PLANIFICACION MINISTERIO DE PRESUPUESTO Y GESTION FINANCIERA MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL MINISTERIO DE VIOLENCIA Y PROTECCION DE LA FAMILIA MINISTERIO DE EDUCACION TECNICA Y PROFESIONAL MINISTERIO DE EDUCACION SUPERIOR MINISTERIO DE SALUD MINISTERIO DE TRABAJO MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO MINISTERIO DE INTERIO MINISTERIO DE ECONOMIA MINISTERIO DE AGRICULTURA MINISTERIO DE CULTURA MINISTERIO DE TURISMO MINISTERIO DE VIVIENDA MINISTERIO DE TRANSITO MINISTERIO DE DEFENSA MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO MINISTERIO DE ENERGIA MINISTERIO DE AMBIENTE MINISTERIO DE PLANIFICACION MINISTERIO DE PRESUPUESTO Y GESTION FINANCIERA MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL MINISTERIO DE VIOLENCIA Y PROTECCION DE LA FAMILIA MINISTERIO DE EDUCACION TECNICA Y PROFESIONAL





IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S  
NIT 901.221.712-2

# CERTIFICA QUE

ZULAI JAZMINES DONADO PARODI

IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 32.865.503

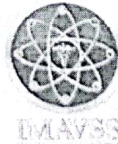
Asistió al Curso de:

INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (OIM) INTEGRAL

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 17 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2021. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Andrés Fabian Monje  
GERENTE



IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S

Marli Esquivel Zambrano  
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 17 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2021. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.



IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S  
NIT 901.221.712-2

**CERTIFICA QUE**  
**ZULAI JAZMINES DONADO PARODI**

**IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 32.865.503**

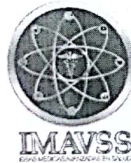
**Asistió al Curso de:**

ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA COMUNITARIO (AIEPI)

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 18 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2021, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**Andrés Fabián Monje**  
**GERENTE**




**Marli Esquivel Zambrano**  
**REPRESENTANTE LEGAL**

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA  
E 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



La salud  
es de todos

Minsalud

  
**MiVacuna**  
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres:

Zulay

Apellidos:

Donado Pasodi

Documento  
de identidad:

C.C.  T.I.  Pasaporte  PEP  otro  cuál:

No. 32865503

Fecha de  
nacimiento:

Día 06 Mes 12 Año   71

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	3 <sup>o</sup>	11-04/23	Pfizer	peB0019	HMI Costa Huesosa	Estantza Quino	22930756
	2						

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 237785543**



PIB  
12:23:33  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 31 de diciembre del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ZULAI JASMINE DONADO PARODI identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 32865503:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener 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. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**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.**



## CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,  
ATLANTICO,  
COLOMBIA,  
A quién interese**

**02/03/2023**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ZULAI JASMINE DONADO PARODI** con **Cédula de Ciudadanía** número **32865503**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **029700045700**  
Fecha de apertura **13/06/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



**IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S**  
NIT 901.221.712-2

**CERTIFICA QUE**  
**ZULAI JAZMINES DONADO PARODI**

**IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 32.865.503**

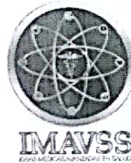
**Asistió al Curso de:**

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

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 18 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2021, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**Andrés Fabián Monje**  
**GERENTE**



**Marli Esquivel Zambrano**  
**REPRESENTANTE LEGAL**

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA  
E 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Zulai Donado Parodi identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 32865503 de Soledad, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manifiesto que me encuentro actualmente afiliado(a) a la aseguradora de riesgos laborales ARL Positiva, y me comprometo a pagar mensualmente a la administradora de riesgos laborales los aportes correspondientes a la suscripción del contrato de prestación de servicio.

Yo, Zulai Donado Parodi identificado (a) con C.C. No. 32865503 de Soledad, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la **ASEGURADORA POSITIVA ARL**

SI  NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	<u>2419 # 21 Apto 1</u>
NUMERO DE TELÉFONO	<u>314 716 9575</u>
CORREO ELECTRÓNICO	<u>asmmed200@hotmail.com</u>
FONDO DE PENSIÓN	<u>Porvenir</u>
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUAMENTE	<u>Sanita</u>

firma Zulai Donado P.  
Zulai Donado Parodi

32865503  
N° de cedula

\*Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta

Tipo de declaración  Fecha de publicación 

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ZULAI		DONADO	

Documento de identificación  
Tipo  Número Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio 

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

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$18.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$1.790,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

### 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

#### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
FERNANDO	DAVID	DE AVILA	DE ALBA

Tipo documento  Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

#### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí  No

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

### 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí  No

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:      Sí       No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí       No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

# FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO, CIENTÍFICO Y CULTURAL DE COLOMBIA

NIT 802011300-1

**CERTIFICA QUE:**  
**ZULAI JASMIN DONADO PARODI**  
*C.C. No. 32865503*

Asistió y aprobó el Curso en

**MANEJO INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE  
VIOLENCIA SEXUAL**

Realizado los días 13 y 14 de Agosto del 2020 con un intensidad horaria de 40 horas – Modalidad Semipresencial



**CIELO CECILIA CRESPO ESCORCIA**  
Directora



**PIEDAD CRESPO ESCORCIA**  
Coordinación General

Barranquilla D.E.I.P., Agosto 14 del 2020



Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este diploma. So pena de las implicaciones legales

# República de Colombia

Departamento del Atlántico



GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO  
Secretaría de Salud Departamental  
Reconoce este Título para todos los  
efectos legales

Resolución No. 08-735-08  
En Barranquilla Fecha Mayo 13/08  
Firma y Sello [Firma]



Centro de Técnicas Comerciales Rápidas

## TECNICOR

Educación para el trabajo y el desarrollo humano

Aprobado por la Secretaría de Educación Distrital  
Según Resolución 001030 24 de Agosto de 2004

Confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional  
Técnico en:

### AUXILIAR EN ENFERMERÍA

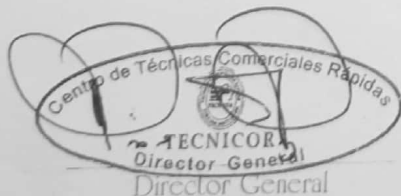
(Con autorización oficial, según Resolución No. 001800 del 3 de Dic. De 2003  
de la secretaria de Educación Distrital y acuerdo No. 55 del 6 de Oct. De 2003 Minsalud)

a:

**Zulai Dasmine Donado Parodis**

C.C. No. 32.865.503 Soledad (Atl.)

Quien cursó y aprobó satisfactoriamente sus estudios  
con una intensidad de 1800 horas teórico prácticas,  
según el decreto 0114 de 1996



Dado en Barranquilla, Atlántico, a los 22 días del mes Diciembre de 2006

# Acta de Grado

REPUBLICA DE COLOMBIA



## Colegio Semestralizado por Área de la Costa

Calle 18 N° 21 - 13 Teléfono : 3421032  
Soledad - Atlántico

En la ciudad de SOLEDAD a los 10 días del mes de DICIEMBRE del año de 1997 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO SEMESTRALIZADO POR AREA DE LA COSTA modalidad ACADEMICA Institución aprobada hasta \_\_\_\_\_ en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA según Resolución (es) Número (s) 445 DEL 26 DE SEPT DE 1995

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE
<u>25</u>	<u>DONADO FARODIS ZULAI JASMINE</u>

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 32.865.503 SOLEDAD

Es fiel copia tomada del acta original No. 004 de fecha DIC-10-97 que consta de 107 alumnos graduados, comienza con el nombre de ACOSTA HERRERA SANDRA MILENA y se cierra con el nombre de VARGAS ELIAS ISABEL MARIA

Firmado y sellado por MARTHA PACHECO GUTIERREZ (Rector) y JULIO GUTIERREZ ELIAS (Secretario)

Dada en SOLEDAD a los 10 días del mes de DICIEMBRE de 1997

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Firmado y Sellado

COLEGIO DE BACHILLERATO  
SEMESTRALIZADO POR AREA DE LA COSTA  
SOLEDAD

MARTHA PACHECO G

El Rector o Director (a)

CC.No. 32.827.104 SOLEDAD

[Signature]

El Secretario (a)

CC.No. 8.763.487 SOLEDAD

DIPLOMA No.



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Donado		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Parodis			NOMBRES Zulai Yazmin	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 32865503				SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 06 MES 12 AÑO 1971				CARRERA 19 14 05 CASA CENTRO		
PAÍS COLOMBIA				PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO
DEPTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD		
MUNICIPIO SOLEDAD				TELÉFONO 3564545		EMAIL jasmined1206@hotmail.com

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1997
										<input checked="" type="checkbox"/>				

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA)      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).

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

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

3

### EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA			
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>			
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>		
			<i>Día</i>	07	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2009	<i>Día</i>		<i>Mes</i>
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRACION HOSPITALARIA					<i>DIRECCIÓN</i> - 40 66 CARRERA 40 33-06			

4

### EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
<i>INSTITUCIÓN EDUCATIVA</i>				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i>			
<i>DEPARTAMENTO</i>			<i>MUNICIPIO</i>					<i>CORREO ELECTRÓNICO</i>			
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>		
			<i>Día:</i>		<i>Mes:</i>		<i>Año:</i>		<i>Día:</i>		<i>Mes:</i>
<i>AREA DE CONOCIMIENTO</i>			<i>NIVEL EDUCATIVO</i>					<i>DIRECCIÓN</i>			

5

### TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	14	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>14</b>	<b>1</b>

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

6

**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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento



29/12/2023 - Soledad Atlántico

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

# SECRETARIA DE SALUD

GOBERNACION DEL ATLANTICO

INSCRIPCION DEPARTAMENTAL

GOBIERNO DEPARTAMENTAL  
ATLANTICO



Nombre **ZULAI YASMINE DONADO PARODIS**

C.C. No. **32.865.503**

Profesión **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Inscripción No. **4138**

RES. **9-07-03-12-03**

UNIVERSITY OF ...  
DEPARTMENT OF ...

Handwritten signature or name

DATE: ...

**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:**

**ZULAI JASMINE DONADO PARODI**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **32.865.503**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.*

CE-006 - 0000000100 – 2023


## **CERTIFICA**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 32865503
NOMBRES Y APELLIDOS	Donado Parodi,Zulai Jasmine
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/06/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Donado Parodi,Zulai Jasmine, a los 31 días del mes de diciembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación



**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O  
DE APOYO A LA GESTION  
No. TH-2023-3286**

CONTRATANTE:	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD
NIT:	802.013.023-5
CONTRATISTA:	ZULAI YAZMIN DONADO PARODIS
C.C.:	32865503
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA RUTA MATERNO PERINATAL
VALOR:	UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS (\$1500000) M/L
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	4480 del 01 de Diciembre de 2023
PLAZO:	01 de Diciembre de 2023 HASTA 31 de Diciembre de 2023

Entre los suscritos a saber: **ANSELMO JOSE HOYOS FRANCO**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía número 8.631.184 expedida en el municipio de Sabanalarga - Atlántico, quien en su condición de Gerente de la **ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**, quien para efectos contractuales se denominara **EL CONTRATANTE** de una parte y por la otra **ZULAI YAZMIN DONADO PARODIS** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **32865503** quien bajo juramento, que se entiende rendido con la firma del presente contrato, declara no encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley, y quien para los efectos de este contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos celebrado el presente acuerdo contractual que se registrá por las disposiciones y normas jurídicas aplicables, numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1.993, en concordancia con la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y de conformidad con los postulados que rigen la función administrativa, atendiendo al contenido de las cláusulas que a continuación se enuncian, previas las siguientes. **CONSIDERACIONES:** 1. Que el Coordinador centro de Salud de la E.S.E Elaboró el estudio y documentos previos para definir la necesidad de la contratación de prestación de servicios, objeto del presente contrato y en los que se establece la necesidad, conveniencia y oportunidad para su celebración 2. Que para lo anterior se inició el trámite pre contractual correspondiente. 3. Que el contratista presentó hoja de vida la cual satisfizo los requisitos de ley, adjudicándosele el presente contrato, 4. Que la Oficina de Presupuesto de la ESE, expidió el Certificado de Disponibilidad Presupuestal que se anexa al presente contrato. el cual soporta presupuestalmente el compromiso que se deriva de la presente contratación. 5. Que la selección del contrato se hizo mediante el proceso contratación directa. 6. Que el Jefe de Talento Humano certificó que la planta de personal no contaba con un funcionario para que desarrollara las tareas objeto de la presente contratación. En virtud de lo anterior las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA RUTA MATERNO PERINATAL** en el área de la Subgerencia Científica de la E.S.E **HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**. **CLAUSULA SEGUNDA: ALCANCE DEL OBJETO:** El objeto del presente contrato incluye las actividades y especificaciones indicadas en los estudios previos elaborados por **LA E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y en la propuesta presentada por el contratista, los cuales forman parte integral del presente contrato. **CLAUSULA TERCERA: PLAZO DE EJECUCIÓN:** La duración del presente contrato es hasta el **31 de Diciembre de 2023** **CLAUSULA CUARTA: VALOR DEL CONTRATO:** Para todos los efectos fiscales y legales el valor del presente contrato es por la suma de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS (\$1500000) **M/L** **CLAUSULA QUINTA: FORMA DE PAGO:** Se realizara Un unico pago a corte 31 de Diciembre de 2023 a razon de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS 1500000 M/L, atendiendo al principio de anualidad presupuestal y por el periodo contratado. LA ESE cancelará al **CONTRATISTA** el valor antes señalado, previa presentación del acta de recibo a satisfacción por parte del supervisor y/o interventor que el Hospital asigne. Para efectos, de pago el contratista deberá presentar además de lo anterior, la constancia y/o informes correspondientes a la realización de las actividades propias del objeto contractual, la acreditación del pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales (ARL) y la presentación de la factura y/o cuenta de cobro correspondiente según el régimen tributario al que pertenezca el Contratista. **CLAUSULA SEXTA: SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato estará a cargo del (a) Coordinador centro de Salud de la E.S.E o quien haga sus veces, quien deberá velar por lo normado en el artículo 4 de la ley 80 de 1993, entre ellos requerir al contratista cuando se presenten fallas en la prestación de servicios, prestar todo el apoyo que el contratista requiera para el adecuado desarrollo del objeto contractual, así mismo será el encargado de recibir los informes por parte del contratista, cualquier comunicación a que hubiere lugar y verificar el cumplimiento del pago de los aportes a la seguridad social integral. **Parágrafo 1:** El supervisor podrá solicitar acompañamiento del coordinador o jefe de área para velar el cumplimiento del contrato por parte del contratista. **Parágrafo 2:** El ordenador del gasto podrá en cualquier momento modificar el supervisor sin que para ello se requiera la supervisión de otros y para ello bastará la comunicación al nuevo supervisor y al contratista. **CLAUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.**1)Cumplir el contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad, por



lo tanto, no existe, ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno entre las partes. 2) Entregar al supervisor del contrato todos los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos cuando así se requieran. 3) Atender todos los requerimientos, instrucciones y/o recomendaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta la Gerencia de la ESE a través del supervisor del mismo, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. 4) Afiliarse al sistema de seguridad social en salud, pensiones, ARL y cumplir con las obligaciones contenidas en el Artículo 2.2.4.2.2.16., del decreto 1072 de mayo 26 de 2015. Y cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes: 1. Procurar el cuidado integral de su salud .2 Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. 3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. 5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. 6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato a efectos que los contratistas cumplan con el precitado decreto, realizar los pagos respectivos a las entidades que se encuentra afiliado; reportar ante estas los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que sobrevengan en la ejecución del objeto del contrato, en los términos y condiciones previstas en la Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios y presentar copia de los comprobantes de pago. 7) Avisar oportunamente a su supervisor inmediato sobre cualquier deficiencia que tengan los instrumentos, máquinas, equipos o implementos de labor con el fin de evitar accidentes, daños o costos adicionales. 8) Hacer el pago de las contribuciones establecidas en el Estatuto Tributario Departamental y Municipal vigentes, las cuales serán liquidadas en la Tesorería de la entidad territorial correspondiente, dentro de los cinco (5) días siguientes a la firma del contrato. 9) Aportar los documentos exigidos para la legalización del contrato. 10) Presentar la cuenta de cobro de conformidad con la Forma de pago estipulada en el contrato, junto con el informe de actividades realizadas para cada período de pago. **CLAUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.** 1) Brindar la información y/o logística y demás elementos que el contratista requiera para el cumplimiento idóneo del objeto contractual. 2) Realizar el pago del valor del contrato, de conformidad con lo establecido en el mismo. 3) Vigilar la ejecución del contrato través de un supervisor designado para el efecto. 4) Se le reconocerá al contratista gastos de transporte y demás, cuando tenga que desplazarse a otra ciudad durante la ejecución del contrato con fines propios del cumplimiento del objeto contractual. 5) Todas las demás que se desprendan de la naturaleza del mismo. **CLAUSULA NOVENA** Con el fin de cubrir la responsabilidad civil frente a terceros derivada de la ejecución del contrato, el Contratista debe presentar POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL. Para garantizar los daños y perjuicios que se causen a la ESE o a terceros por circunstancias inherentes a la ejecución del contrato, por prestación de servicios en el área de la medicina. Por un valor de:(\$50000000) **CLAUSULA DECIMA: NATURALEZA JURÍDICA:** Este contrato se rige por los principios de transparencia, economía y responsabilidad establecidos en la Ley 80 de 1993 y en la Ley 1150 de 2007 y de conformidad con los postulados rigen la función administrativa. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato se entiende perfeccionado con la firma de las partes, para su ejecución se requiere del registro presupuestal expedido por el funcionario Encargado de Presupuesto. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: LEGALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN.** El contratista manifiesta bajo la gravedad de juramento que toda la documentación para la legalización y cobro del valor del contrato son legales, por lo que asume toda responsabilidad que de dichos documentos se generen. **CLAUSULA DECIMA TERCERA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** El contrato se terminará por las siguientes causas: a) Por cumplimiento a satisfacción del objeto del contrato. b) Por vencimiento del plazo sin que se hubiese prorrogado. c) Por mutuo acuerdo de las partes. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO:** la E.S.E en uso de las facultades exorbitantes otorgadas por la ley podrá en cualquier momento dar por terminado de manera unilateral el presente contrato de prestación de servicios sin que se genere indemnización alguna a favor del contratista. **CLAUSULA DECIMA QUINTA: SUSPENSIÓN DEL CONTRATO.** Por razones de fuerza mayor o caso fortuito, se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para que los efectos del plazo extintivo se computen el tiempo de suspensión. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: CESIÓN DEL CONTRATO,** el CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato a persona natural o jurídica alguna, sin el consentimiento previo y escrito del contratante. **CLAUSULA DECIMA SÉPTIMA: - SUBCONTRATACIÓN:** Queda prohibida la subcontratación del presente contrato sin la previa autorización de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: - MULTAS:** Si durante la ejecución del contrato EL CONTRATISTA incumple alguna o algunas de las obligaciones derivadas del presente contrato, la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD le impondrá multas diarias y sucesivas equivalentes al cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor total del contrato, sin exceder el diez por ciento (10%) de ese mismo valor total. El pago o la deducción de las multas, no exonerará al CONTRATISTA de terminar la ejecución, ni demás obligaciones derivadas del presente contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: - CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento del contrato, El CONTRATISTA se hará acreedor a una sanción a título de cláusula penal pecuniaria, equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del presente contrato, suma que se hará efectiva directamente por la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, considerándose como pago parcial de los perjuicios que pudieran ocasionársele. El CONTRATISTA autoriza a LA E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD para descontar y tomar el valor de la cláusula penal y de las multas mencionadas en la citada cláusula, de cualquier suma que le adeude a E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD por éste u otro contrato o concepto, sin perjuicio de efectuar el cobro conforme a la ley. El pago o la deducción de las multas, no



exonerará al CONTRATISTA de terminar la ejecución, ni demás obligaciones nacidas del contrato. **CLÁUSULA VIGÉSIMA: EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL:** EL CONTRATISTA ejecutará el objeto de este contrato con plena autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo cual no se generará ningún tipo de vínculo laboral entre la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD y EL CONTRATISTA. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES: ETAPA DE ARREGLO DIRECTO.** Las controversias que surjan entre EL CONTRATISTA y LA E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, con ocasión a la celebración, ejecución, interpretación, ampliación, terminación o liquidación del contrato, incluyendo las consecuencias económicas de los actos administrativos expedidos en ejercicio de facultades excepcionales, serán resueltas por las partes mediante la figura del arreglo directo en un término máximo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha en que cualquiera de las partes le comunique a la otra la existencia de una diferencia y manifieste la intención de iniciar la etapa de arreglo directo. La JURISDICCIÓN COMPETENTE será la Contenciosa Administrativa. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Estudios Previos; b) Certificado de Disponibilidad y Registro Presupuestal; c) La propuesta presentada por EL CONTRATISTA; d) Los informes de supervisión suscritos por el supervisor; f) Reglamento de Contratación de la Empresa Social del Estado Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad; g) Todos los demás documentos que se produzcan durante el desarrollo del mismo. **CLAUSULA VIGÉSIMA TERCERA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad de juramento no hallarse incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades previstos en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes al caso, así como también lo establecido en el Reglamento de Contratación de la E.S.E. **CLAUSULA VIGÉSIMA CUARTA: INDEMNIDAD:** EL CONTRATISTA mantendrá indemne a la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD; de reclamos, demandas, acciones legales que generen daños, perjuicios o lesiones originados en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones y/u omisiones y asumirá directamente la responsabilidad de los mismos. **CLAUSULA VIGÉSIMA QUINTA: CONFIDENCIALIDAD: CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener la reserva de la información, documentos y resultados que conozca y obtenga directa o indirectamente con ocasión del servicio desarrollado y abstenerse de divulgar en cualquier tiempo, por cualquier medio de comunicación, el contenido total o parcial de la información que le sea encomendada para el desarrollo de este contrato. **PARÁGRAFO.** EL CONTRATISTA se compromete para con el CONTRATANTE, a mantener absoluta confidencialidad de la información suministrada para el desarrollo de la labor contratada, por lo tanto, EL CONTRATISTA, no deberá sacar información de LA E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD ni usarla a su favor. **CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA: LIQUIDACIÓN:** Para los contratos de prestación de servicio de apoyo a la gestión, no es obligatorio de conformidad con el artículo 217 del decreto 019 del 10 de enero de 2012. **CLAUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: DOMICILIO:** Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio el municipio de Soledad (Atlántico).

Para constancia se firma por las partes, en el municipio de Soledad, el día 01 de Diciembre de 2023

ANSELMO HOYOS FRANCO  
Gerente

ZULAY YAZMIN DONADO PARODIS  
Contratista

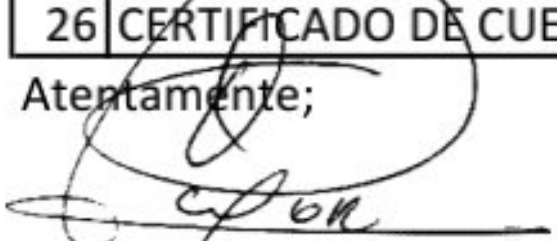
Proyecto: Dr. ERz -Asesor Gerencia  
Elaboró: EA-Profesional Contratación  
Revisó: CH - Asesor Contratación  
Aprobó: Dr. EP-Asesor Gerencia  
CENTRO COSTA HERMOSA

**COMUNICADO EXTERNO**

**FECHA: 25 DE AGOSTO DE 2022**  
**DE: OFICINA DE TALENTO HUMANO**  
**PARA: COORDINADORES Y CONTRATISTAS**

REQUISITOS PARA CONTRATISTAS POR SERVICIO DE VACUNACIÓN		APORTADO	
VACUNACIÓN - AUXILIAR DE ENFERMERÍA, TÉCNICOS EN SALUD PUBLICA		SI	NO
1	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIGEP) ACTUALIZADO		
2	COPIA DE LA CEDULA		
3	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO RUT ACTUALIZADO		
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS AÑO 2021		
5	CERTIFICADOS DE ESTUDIO O COPIA DE DIPLOMAS DE ACUERDO CON EL PERFIL REQUERIDO Y SU ACTA DE GRADO		
6	FOTOCOPIA DE TARJETA/ MATRICULA PROFESIONAL (SI APLICA)		
7	CERTIFICADO DE VIGENCIA/MATRICULA PROFESIONAL (SI APLICA)		
8	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS COMO PROFESIONAL (SI APLICA)		
9	CERTIFICACIÓN DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL		
10	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA ADMINISTRAR INMUNOBIOLOGICOS DEL SENA, SEGÚN DELEGACIÓN Y NORMA VIGENTE, O CON CERTIFICACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE INMUNOBIOLOGICAS SEGÚN LINEAMIENTOS Y NORMAS VIGENTES.		
11	CERTIFICADO DE MANEJO DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID 19		
12	AIEPI COMUNITARIO		
13	IAMI		
14	RETHUS Y/O IDENTIFICACIÓN UNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD		
15	RESOLUCIÓN O INSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL		
16	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA Y/O COPIAS DE CONTRATOS		
17	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES POLICÍA NACIONAL		
18	CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC DE LA POLICÍA NACIONAL		
19	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EXPEDIDOS PO LA PROCURADURÍA		
20	CERTIFICADO DE NO REPORTADO EN EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES EXPEDIDOS POR LA CONTRALORÍA		
21	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL SALUD		
22	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL PENSIÓN		
23	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL		
24	EVALUACIÓN MEDICA DE INGRESO - EXAMEN OCUPACIONAL		
25	PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL (\$30.000.000)		
26	CERTIFICADO DE CUENTA DE AHORRO		

Atentamente;

  
FABIÁN ENRIQUE COLPAS OROZCO  
JEFE DE TALENTO HUMANO

Para validar información:

Teléfono: 6053930831 Ext: 138

recursoshumanos@maternoinfantil.gov.co

PROYECTÓ Y ELABORÓ: LEINER MEDINA HERRERA

Cel 301 442 78 19

PROFESIONAL APOYO TALENTO HUMANO

Dirección: Carrera 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia

Teléfono: 6053930831 ext. 138

recursoshumanos@maternoinfantil.gov.co

info@maternoinfantil.gov.co

www.maternoinfantil.gov.co



**IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S**  
**NIT 901.221.712-2**

# **CERTIFICA QUE**

## **ZULAI DONADO PARODI**

**IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 32865503**

**Asistió al Curso de:**

**RUTAS INTEGRANTES DE ATENCIÓN EN SALUD CON POLÍTICAS MAITE (MIAS/RIAS)**

**Con una intensidad horaria de 70 Horas**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.**

**Marli Esquivel Zambrano**  
**GERENTE**



**Marli Esquivel Zambrano**  
**REPRESENTANTE LEGAL**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA**

**DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD**



**IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S**  
**NIT 901.221.712-2**

**CERTIFICA QUE**  
**ZULAI DONADO PARODI**

**IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 32865503**

**Asistió al Curso de:**

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.**

**Marli Esquivel Zambrano**  
**GERENTE**



**Marli Esquivel Zambrano**  
**REPRESENTANTE LEGAL**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA**

**DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD**

**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: ZULAI DONADO PARODI

Identificación: 32865503

Sexo: F

Fecha de nacimiento: 06/12/1971

Edad: 50

Empresa: INDEPENDIENTE

Cargo y/u Oficio: AUX.ENFERMERIA



**EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA**

E.M.O Ingreso con énfasis en altura.

**EXAMENES REALIZADOS**

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

**Recomendaciones laborales**

**Manejo por EPS/ARL:**

**Hábitos y estilos de vida**

**incluir PVE**

Usar EPP

Cumplir con los protocolos de bioseguridad

Higiene Postural

Pausas Activas

Usar mascarilla

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**

Médico Especialista Salud Ocupacional

Lic.de S.O. # 262012

Firma y Sello del Médico

FIRMA DEL TRABAJADOR