



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|-----------------------------------|
| PRIMER APELLIDO Florez | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Parra | | NOMBRES Eva Patricia | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 60311278 | | | SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> | PAÍS COLÒMBIA |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> | | NÚMERO | | D.M. | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | |
| FECHA DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="1961"/> | | | CALLE 79C 41D 29 APTO CIUDAD JARDIN | | |
| PAÍS COLOMBIA | | | PAÍS COLOMBIA | | |
| DEPTO NORTE DE SANTANDER | | | DEPTO ATLÁNTICO | | |
| MUNICIPIO SAN JOSÉ DE CÚCUTA | | | MUNICIPIO BARRANQUILLA | | |
| | | | TELÉFONO 3025656 | | EMAIL evaflorezparra@gmail.com |

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | | BÁSICA SECUNDARIA | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|-----------------|----|-------------------|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 1984 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRÓNOLÓGICO, 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).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|------|----------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 10 | X | | | 12 | 1995 | 8821 |

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 |
| | | | | | | | | | |

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDEDELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 07 | Año | 2023 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL | | | DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 Barrio Costa Hermosa | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDEDELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 04 | Año | 2023 | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL | | | DEPENDENCIA EQUIPO MEDICO | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 Barrio Costa Hermosa | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDEDELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 01 | Año | 2023 | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL | | | DEPENDENCIA APOYO MEDICO | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDEDELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 01 | Año | 2022 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL | | | DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDEDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 12 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIOI CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 02 | Mes | 11 | Año | 2021 | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIOI CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 10 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 10 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIOI CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 09 | Año | 2021 | Día | 30 | Mes | 09 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIOI CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 08 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 08 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIOI CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 07 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIOI CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2021 | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIOI CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 05 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIOI CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 04 | Año | 2021 | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIOI CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 03 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIOI CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 02 | Año | 2021 | Día | 28 | Mes | 02 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 02 | Mes | 01 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 12 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 11 | Año | 2020 | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 10 | Año | 2020* | Día | 31 | Mes | 10 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 09 | Año | 2020 | Día | 30 | Mes | 09 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO * | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 08 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 08 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 07 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2020 | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 05 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 04 | Año | 2020 | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SALUD | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06 COSTA HERMOSA | | | | | | |

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------|-----|---------|-----|-----------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 02 | Mes | 03 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA SUB-GERENCIA CIENTIFICA | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40N 33 06 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 06 | Mes | 04 | Año | 2011 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA AREA DE MEDICINA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 07 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE SANTIAGO DE TOLU | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO SUCRE | | | MUNICIPIO SANTIAGO DE TOLU | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 08 | Año | 2009 | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2010 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA COORDINADOR MEDICO | | | | | DIRECCIÓN ESE SANTIAGO DE TOLU | | | | | | |

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

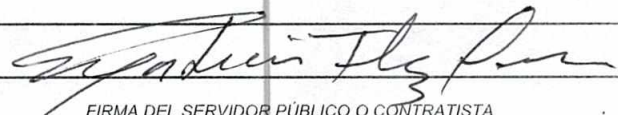
| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---------------------------------|-----------------------|----------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 9 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 12 | 7 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 13 | 6 |

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 _____



 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 60.311.278
FLOREZ PARRA

APellidos
EVA PATRICIA

Nombre

Eva Patricia Florez Parra

FIRM



UNICE BIOMETRIS

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1965

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ F
ESTATURA U.S. BMI SEXO

12-DIC-1983 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRO NACIONAL
JUAN MANUEL GONZALEZ VALDE



A 000200 0005470 F 000111270 20101000 0051707989A 2 340402251

2 Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14924410442



495 770 212489984 (E020) 6000014924410442

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6 0 3 1 1 2 7 8

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

6 0 3 1 1 2 7 8

27. Fecha expedición

1 9 8 3 1 2 1 2

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Norte de Santander

5 4

30. Ciudad/Municipio

Cúcuta

0 0 1

31. Primer apellido

FLOREZ

32. Segundo apellido

PARRA

33. Primer nombre

EVA

34. Otros nombres

PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

C. 79 C 41 D 29

42. Correo electrónico

evallorezparra@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 4 1 1 6 1 6 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

52. Número establecimientos

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 6 0 2 1 3

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

51. Código

Responsabilidades, Calidades y Atributos

54. Código

2 0

20. Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

53. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios.

0

61. Fecha

2023 - 07 - 06 / 08 : 14 : 58

La información suministrada a través del formulario (F) es de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT). Deberá ser exacta y veraz. En caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión según el caso.
 Parágrafo del artículo 157-2 del Decreto 1626 de 2016.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice
 Firma autorizada:

634. Nombre FLOREZ PARRA EVA PATRICIA

635. Cargo CONTRIBUYENTE

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N°

2172000

Firma Médico

x Eva Fabiana Florez Jara

Nombres y Apellidos

EVA F FLOREZ P.

C.C. O.C.E.: C 60311278 De: CUCUTA

Universidad

METR POLITANA

Ciudad

BARRANQUILLA

Código: 29932788 Fecha de Expedición: 6/02/2000

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-01-02--8:19:46 AM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|---------------------|
| CC | 60311278 | EVA | PATRICIA | FLOREZ | PARRA | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) EVA PATRICIA FLOREZ PARRA identificado(a) con CC 60311278 registra La siguiente información:

2024-01-02--8:19:46 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---------------|-------------------------|-----------------------|--|---------------------|---|
| UNV | Local | Medicina | 2000-10-04 | 21 | DTS DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA |

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

SERVICIOS SOLUSALUD INTEGRALES IPS S. A. S.

NIT 901128037-1 Certificado de Aptitud Laboral Ingreso



Fecha: 21/Dic/2022, **Hora:** 11:33:12 a.m.

Apellido: Flores Parra

Nombre: Eva Patricia

Tipo Doc: CC

Nro Identidad: 60311278

Empresa: Particular

Cargo: medico

Direccion: Calle 79c #41d - 29

Telefono: **Celular:** **Email:** **Estado Civil:** CASADO

Ciudad: Atlantico - Barranquilla

EPS: SURA **ARL:** POSITIVA **AFP:** COLFONDOS

HC: # 17371

Edad: 39 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 12/Dic/1983

Rh: A+

Exámenes Realizados

Osteomuscular

Normal

Recomendaciones Especificas

Uso de Elementos de Protección Personal, Seguimiento Por Optometría, Ejercicio Regular Y Dieta, Control Periodico Ocupacional, Estilo De Vida Saludable, Valoración por Nutricionista EPS, SVE Salud Auditiva, Énfasis en Protección Auditiva, Lavado De Manos Cada 2 Horas, Uso De Tapabocas Según Requisitos, Valoracion Medica Con Enfasis En Sistema Respiratorio Sin Alteraciones

Concepto para Trabajos en Altura

Concepto

Sin Restricciones Para El Cargo

Observaciones

Importante:

- 1 - El Trabajador Recibió Orientación Médica Sobre Las Recomendaciones Necesarias Para Prevenir Probables Efectos En La Salud Relacionados O Asociados Con Los Riesgos Ocupacionales Propios En Su Cargo.
- 2 - Señor(a) Trabajador: A Partir De La Fecha, Usted Cuenta Con 30 Días Para Seguir Y Realizar Las Indicaciones Del Médico Especialista En Salud

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud labora, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

EDGAR ULISES NAVARRO THERAN
Medico Especialista Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1736 -20/04/2021
Registro #: 11243

Eva Patricia Flores Parra
CC 60311278



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD**

| | | | | |
|---|---|--|--|-------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN BARRANQUILLA | SUCURSAL BARRANQUILLA | TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No. 85-03-101005039 | ANEXO No. 3 |
| TOMADOR EVA PATRICIA FLOREZ PARRA | DIRECCION CL 79 C NRO. 41 D - 29 | CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO | CC 60.311.278 | TELEFONO 3004116168 |
| ASEGURADO EVA PATRICIA FLOREZ PARRA | DIRECCION CL 79 C NRO. 41 D - 29 | CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO | CC 60.311.278 | TELEFONO 3004116168 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS | | | NIT 0-0 | |
| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 17 / 05 / 2023 | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 22 / 05 / 2023 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 22 / 05 / 2024 | | VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 22 / 05 / 2023 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 22 / 05 / 2024 | |
| INTERMEDIARIO OSORIO JARAMILLO ASESORES DE SEGURO | CLAVE 194628 | % PARTICIPACION 100.00 | COMPANIA | COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION |

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1
ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------------|---------|------------------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | \$ 100,000,000.00 | | |
| | GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD | \$ 100,000,000.00 | | \$ 20,000,000.00 |

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

| | | | |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****100,000,000.00 | PRIMA: | \$ *****116,119.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | \$ *****22,062.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | \$ *****138,181.00 |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 58 NO. 70-136, TELÉFONO 3681078 - BARRANQUILLA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11013609039583 (3900) 000000138181 (96) 20230706

REFERENCIA PAGO:
1101360903858-3

SEGUROS DEL ESTADO
ESTADO DE SEGUROS DEL ESTADO
EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
85-03-101005039

[Firma Autorizada]

[Firma Cliente]



CERTIFICADO

04/10/2023

**SOLEDAD,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora EVA PATRICIA FLOREZ PARRA** con **Cédula de Ciudadanía** número **60311278**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

| | |
|-------------------|---------------------|
| Número | 029700046385 |
| Fecha de apertura | 13/06/2017 |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 02/01/2024 11:04:40 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **60311278** .

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. **81258040** . 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



POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:25:35 AM horas del 02/01/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 60311278

Apellidos y Nombres: **FLOREZ PARRA EVA PATRICIA**

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
– 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: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)





Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 237811172



PIB
08:03:17
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de enero del 2024

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) EVA PATRICIA FLOREZ PARRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 60311278:

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 Relacionamento 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.

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

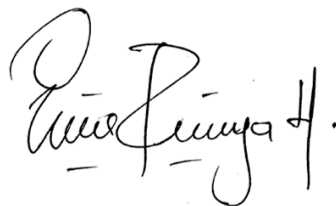
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 02 de enero de 2024, a las 08:50:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 60311278 |
| Código de Verificación | 60311278240102085004 |

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.



GINA CATHERINE AMAYA HUERTAS
Contralora Delegada (e)

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **EVA PATRICIA FLOREZ PARRA** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, **60311278** expedida en **CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)** 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.

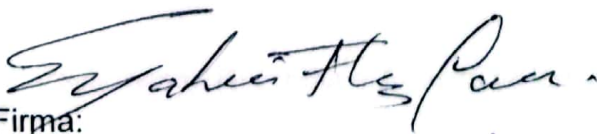
Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control 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 Enero de 2024.


Firma:

c.c 60311 278 enter.

Nombre:


FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **EVA PATRICIA FLOREZ PARRA** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. **60311278** de **CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)**, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manifiesto que me encuentro actualmente afiliado(a) a la aseguradora de riesgos laborales **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, **EVA PATRICIA FLOREZ PARRA** identificado (a) con C.C. No. **60311278** de **CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)**, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la **ASEGURADORA POSITIVA ARL**

SI

NO

| | |
|--|--------------------------------|
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CALLE 79C#41D-29 CIUDAD JARDIN |
| NUMERO DE TELÉFONO | 3004116168 |
| CORREO ELECTRÓNICO | EVAFLOREZPARRA@GMAIL.COM |
| FONDO DE PENSIÓN | COLPENSIONES |
| EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE | SURA |

firma



60311278

N° de cedula

***Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta**