

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.004.278.031**

NUÑEZ MENDOZA
APELLIDOS

ANGIE PAOLA
NOMBRES


FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-AGO-1996**

FUNDACION
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

04-SEP-2014 FUNDACION

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION 
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2103100-00650903-F-1004278031-20141206 0041758915A 1 41638993



En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Angie Paola
Puñer Mendoza, Identificado (a) con Cédula No. 1004278031 y Profesión
Aux enfermería AUTORIZO que la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION en calidad
de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas
disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hospital con fines de contratación.

FIRMA: Angie Paola

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL (Auxiliares de enfermería, Enfermeras jefes, Instrumentadoras Quirúrgicas, Fisioterapeutas, Bacteriólogos, Psicólogos, Nutricionista, Médicos Generales y Especialistas) - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Cedula de Ciudadanía		
2	Lista de Chequeo firmada		
3	Capture de pantalla – Usuario Secop II (Pantallazo)		
4	Propuesta de Servicios		
5	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
6	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTORES)		
7	RUT - Registro Unico Tributario (Del año Vigente)		
8	Hoja de Vida — Función pública (Sigep)		
9	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
10	Certificado de antecedentes ETICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo, Enfermeras, Fisioterapeutas (fecha vigente –MES actual).		
11	Convalidación de Título (Médicos y Médicos Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica)		
12	Resolución departamental para ejercer profesión (ASISTENCIALES)		
13	Tarjeta Profesional (Si aplica)		
14	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
15	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos Generales), desde \$400.000.000 millones de pesos (Especialistas) y desde \$100.000.000 millones de pesos. (Auxiliares de enfermería, enfermeras jefes, fisioterapeutas, instrumentadoras quirúrgicas, Psicólogos, nutrición)		
16	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
17	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
18	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras, Médicos, especialistas y auxiliares de enfermería (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
19	Certificado de Curso en UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
20	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas.		
21	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTION DEL DUELO (Enfermeras jefes, médicos generales, especialistas y Psicólogos)		
22	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la TOMA DE MUESTRAS (Auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes)		
23	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas).		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Médicos Generales, especialistas, auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes).		
25	Curso de Humanización en los servicios de salud (Área Asistencial en General)		
26	Curso Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue (Médicos Generales, auxiliares de enfermería y Enfermeras Jefes)		
27	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)		
28	Soporte de experiencia laboral. (Certificaciones laborales)		
29	Vacunas (HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA) (todo el personal asistencial Y TENER EN CUENTA LA TABLA DE VACUNAS OBLIGATORIAS – PERSONAL ASISTENCIAL ANEXO PAGINA:2)		
30	Certificado de inserción de dispositivos SINOIMOLANT (MEDICOS GENERALES, ENFERMERAS JEFES Y GINECOLOGOS)		
31	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES — Diligenciar en la Página web (https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013) con fecha actualizada.		
32	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)		
33	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)		
34	Certificado ARL (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)		
35	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM		
36	Certificación Bancaria (Del año Vigente)		

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo del Área de Contratación y Talento Humano.



Anexo pagina 2

Cargo	Vacunas	Dosis	Observaciones
Enfermeras	Influenza (anual), Tétano (2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Triple Viral (única), Hepatitis A (mín. 1 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Mujeres embarazadas, inmunosuprimidos y >60 años no requieren vacunas vivas
Auxiliares de Enfermería	Influenza, Tétano, Fiebre Amarilla, Hepatitis B, Triple Viral, Hepatitis A, Covid-19	Según esquema	Igual criterio
Médicos Generales y Especialistas	Influenza, Tétano, Fiebre Amarilla, Hepatitis B, Triple Viral, Hepatitis A, Covid-19	Según esquema	Igual criterio
Bacteriólogos	Influenza, Tétano, Fiebre Amarilla, Hepatitis B, Triple Viral, Hepatitis A, Covid-19	Según esquema	Igual criterio
Instrumentadoras Quirúrgicas	Influenza, Tétano, Fiebre Amarilla, Hepatitis B, Triple Viral, Hepatitis A, Covid-19	Según esquema	Igual criterio
UCI	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Hepatitis A (mín. 1 dosis), Triple Viral (única), Covid-19 (mín. 2 dosis), Meningococo (mín. 1 dosis)	Según esquema	Igual criterios de validación: carnet actualizado o titulación; embarazadas, inmunosuprimidos y >60 años exentos de vacunas vivas.

Cargo	Vacunas	Dosis	Observaciones
Administrativos	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Si presenta primera dosis debe presentar el carnet con la segunda; en ausencia de carnet debe aportar titulación. Personas embarazadas, inmunosuprimidos y >60 años no requieren vacunas vivas (Fiebre amarilla y Triple Viral).
Servicios Generales	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Triple Viral (única), Hepatitis A (mín. 1 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Igual criterio de excepciones: embarazadas, inmunosuprimidos y >60 años no requieren vacunas vivas.
Camilleros	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Igual criterio.
Vigilantes	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Igual criterio.
Mantenimiento	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Igual criterio.
Personal Extramural	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Triple Viral (única), Hepatitis A (mín. 1 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis), Preexposición Antirrábica Humana (mínimo 2 dosis)	Según esquema	Igual criterios de validación: carnet actualizado o titulación; embarazadas, inmunosuprimidos y >60 años exentos de vacunas vivas.
Practicantes	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única).	Según esquema	Igual criterios de validación: carnet actualizado o titulación; embarazadas, inmunosuprimidos y >60 años exentos de vacunas vivas.



Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualización ↻

0 Suscripciones	0 En edición	0 Adjudicaciones pendientes	0 Invitaciones directas	0 Nuevos informes	0 Mensajes
--------------------	-----------------	--------------------------------	----------------------------	----------------------	---------------

Sugerencias SECOP



Mantenimiento en SECOP II

Desde
Jueves 28 de mayo a las 10:00 p. m.

Hasta

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensajes

Todos ▼

Sin mensajes...

[Más información](#)

Oportunidades de ne

Recibidas ▼

Sin oportunidades

[Más información](#)

Fundación, Magdalena, 10 de junio de 2026

PROPUESTA ECONÓMICA

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN
Fundación - Magdalena

ASUNTO: PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN MAGDALENA.

El presente documento tiene como principal objetivo brindar de una manera clara y sencilla el alcance de los servicios que pongo a su amable consideración como **"Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), de la E.S.E. Hospital Departamental San Rafael de Fundación Magdalena"**.

OBJETIVO DE LA OFERTA

Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la E.S.E. Hospital Departamental San Rafael de Fundación Magdalena, realizando todas las acciones necesarias en la ejecución del PIC, garantizando los intereses de esta institución hospitalaria.

ALCANCES DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN.
2. Ejecutar en forma idónea, transparente y eficaz el objeto de la presente propuesta.
3. Ejecutar las acciones definidas dentro del Equipo Territorial de Salud asignado, competencias establecidas por la coordinación del ETS (Equipo Territorial Salud).
4. Realizar el debido diligenciamiento y sistematización de la información producida por el ETS en los formatos y aplicativos definidos para tal fin.
5. Apoyar la ejecución de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las comunidades, familias y entornos priorizados por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).
6. Participar activamente en las jornadas de vacunación, canalización de usuarios, búsqueda activa comunitaria y educación en salud según las microprogramaciones establecidas por el hospital.

7. Brindar orientaciones básicas y capacitaciones en pautas de autocuidado, salud sexual y reproductiva, nutrición, y prevención de enfermedades crónicas o transmisibles a la población objeto.
8. Realizar el seguimiento comunitario de los casos de interés en salud pública identificados en el territorio, garantizando el reporte oportuno de los eventos de salud pública en los territorios de salud de los municipios para efectos de que las instancias y personal a cargo adelante la notificación y dinamicen la toma de decisiones respectivas en materia de salud pública.
9. Contribuir en la implementación de medidas en salud pública para prevenir, mitigar, controlar o eliminar los eventos prioritarios bajo vigilancia en salud pública que contribuyan al desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectivo en los territorios de salud del Municipio de Fundación.
10. Fomentar en la comunidad la identificación y notificación de problemáticas colectivas que afecten la salud y calidad de vida de los habitantes en el contexto de los territorios de salud del municipio de Fundación, para su respectiva intervención.
11. Realizar las demás actividades que dentro del contrato del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) le sean asignadas por parte de la coordinación del PIC para el buen desarrollo y cumplimiento de este convenio.

PLAZO

El plazo de la propuesta es según lo establecido en los estudios previos.

VALOR

El valor de la presente propuesta es según lo establecido en los estudios previos.

FORMA DE PAGO

Según lo establecido en los estudios previos.

Cordialmente



ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA
C.C. N° 1.004.278.031 de Fundación
Aux de Enfermería
Celular 311 4129169

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141255866428			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1004278031		6. DV 8		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta	
				14. Buzón electrónico 19	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de Identificación 1004278031	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 169		29. Departamento Magdalena 47		30. Ciudad/Municipio Fundación 288	
31. Primer apellido NUÑEZ		32. Segundo apellido MENDOZA		33. Primer nombre ANGIE	
				34. Otros nombres PAOLA	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Magdalena 47		40. Ciudad/Municipio Fundación 288	
41. Dirección principal VDA sacramento					
42. Correo electrónico jhanyuris1996@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3114129169		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8610		47. Fecha inicio actividad 20240208		48. Código	
				49. Fecha inicio actividad	
				50. Código 12	
				51. Código	
				52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 20					
20- Obtención NIT					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio 123					
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 X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2026-06-05 / 12:17:33PM	
La información suministrada a través del formulario oficial 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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
			984. Nombre NUÑEZ MENDOZA ANGIE PAOLA		
			985. Cargo CONTRIBUYENTE		

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 PRESENTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL													
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS		DÍA		FECHA DE INGRESO		DÍA		FECHA DE RETIRO					
		MES		AÑO		MES		AÑO					
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA			DIRECCIÓN								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO					X				COLOMBIA				
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
MAGDALENA		FUNDACION											
TELÉFONOS		DÍA		FECHA DE INGRESO		DÍA		FECHA DE RETIRO					
		MES		AÑO		MES		AÑO					
4131106		21		01		2022		23		01		2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA			DIRECCIÓN								
AUX. DE ENFERMERA					CL 3 N° 14 – 35								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO					X				COLOMBIA				
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
MAGDALENA		FUNDACION											
TELÉFONOS		DÍA		FECHA DE INGRESO		DÍA		FECHA DE RETIRO					
		MES		AÑO		MES		AÑO					
4131106		03		05		2021		03		08		2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA			DIRECCIÓN								
AUX. DE ENFERMERA					CL 3 N° 14 – 35								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS					DÍA		FECHA DE INGRESO		DÍA		FECHA DE RETIRO		
					MES		AÑO		MES		AÑO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN					

NOTA: SI QUIERE ADICIONAR MÁS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	1	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO DE CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPABILIDAD 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 ANOTADOS EN LA 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

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

CIUDAD Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia



Y en su nombre

El Centro de Educación Para Adultos
Gimnasio del Caribe

Licencia de funcionamiento otorgada por la Secretaría Departamental
de Educación según Resolución N° 3168 de diciembre 1 de 2000

Confiere a:

ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel
de Educación Media, Según los planes y programas vigentes.



REGISTRO DE ACTA DE GRADO

LIBRO No 01
FOLIO No 167

ACTA No 35
ORDEN No 382

Dado en Soledad, a los 21 días del mes de Diciembre de 2012

CENTRO DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS

GIMNASIO DEL CARIBE

Licencia de funcionamiento No 3168 del 1 de Diciembre de 2000

Código DANE 308758076951- Código ICFES 099655

gimnasiodelcaribe@yahoo.es Notaría 10 T1 FOLIO 30

Carrera 13 No. 59-03 Tel: 3438365-3107246664

Urbanización La Inmaculada, Soledad. NIT 900009116-1 Núcleo 22-A



ACTA DE GRADO

En la ciudad de Soledad, a los 21 días del mes de JULIO, del año 2012 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en las instalaciones del CENTRO DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS GIMNASIO DEL CARIBE, Institución aprobada en el nivel de Educación Media VOCACIONAL, y autorizada por ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la modalidad ACADEMICA, según resolución número 3168 de DICIEMBRE DE 2000. 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 de identificación que se relaciona a continuación.

NO

NOMBRE

379

ANGI PAOLA NUÑEZ MENDOZA

Es fiel copia tomada del acta original No 24 VENTICUATRO de fecha JULIO 21 de 2012 que consta de 512 alumnos graduados, comienza con el nombre de ACOSTA CARRILLO MARIA y se cierra con YEPEZ SUAREZ ADIS YARUD

Firmado y sellado por RAFAEL CRISTOBAL BARRIOS HERRERA, (Rector)
RICARDO LUIS BARRIOS HERRERA, (Secretario)

Dado en soledad a los 21 días del mes de JULIO del 2012, en constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 70 del decreto 180 de 1981.

FIRMADO Y SELLADO


Rafael Barrios Herrera
C.C 8.675.422 de B/quilla
RECTOR


Ricardo Barrios Herrera
C.C 72.149.240 de B/quilla
SECRETARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Y EN SU NOMBRE LA

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA A LA:

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con licencia de funcionamiento según resolución No. 001 del 31 de Enero del 2003 y 494 del 27 de julio de 2010 modificada por la resolución No 0008 del 27 enero del 2017 y con registro del programa No. 0030-09 del 31 de enero 2017, emanada de la Secretaría de Educación Departamental del Magdalena

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL
EN

**AUXILIAR EN
ENFERMERIA**

A:

ANGIE PAOLA

NUÑEZ MENDOZA

Identificado(a) con la CC 1.004.278.031 expedida en Fundación.

Por haber cursado y aprobado el programa de aptitud ocupacional por competencias como técnico laboral en Auxiliar En Enfermería con una intensidad de 1.800 horas.

Expedida en Fundación, Departamento del Magdalena, a los Veintiseis (26) días del mes de Junio de 2021.

En constancia firmamos y sellamos


Lic. Manuel Santodomingo Pereira
Director


Alcides Varela Suarez
Coordinador Académico

Libro de Registro No. 01 Folio No. 001 Acta No. 018

Certificado de Ceremonia

A los Veintiséis (26) días del mes de Junio de Dos Mil Veintiuno (2021), en la ciudad de Fundación Departamento de Magdalena se reunió la directiva de la **CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE COTECNOR**, Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano con el fin de dar cumplimiento a la ceremonia de graduación.

El acto estuvo presidido por el Licenciado **MANUEL SANTODOMINGO PEREIRA** Director de COTECNOR acompañado por docentes y algunas personalidades.

Una vez declarada abierta la sesión y leída el acta ante el auditorio y teniendo en cuenta que el (la) estudiante.

NUÑEZ MENDOZA ANGIE PAOLA

Identificado (a) con la CC 1.004.278.031 exp en Fundación.

Curso y aprobó todos los estudios programados por el Centro Educativo y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el certificado de:

**APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS
COMO TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERÍA**

Acto seguido se tomó al graduado el juramento, se procedió a la entrega del diploma y se levantó la sesión.

En testimonio de lo anterior se firma el presente Certificado de Ceremonia en la ciudad de Fundación (Magd.) A los Veintiséis (26) días del mes de Junio de Dos Mil Veintiuno (2021).



Lic. Manuel Santodomingo P.
Director COTECNOR

Alcides Varela Suarez
Coordinador Académico

República de Colombia



La Secretaría De Educación Distrital del D.T.C.H De Santa Marta y en su nombre la

CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL CARIBE
CEDELCA
FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Personería Jurídica No 257 del 29 de abril de 1994, Autorizada Con Licencia De Funcionamiento según Resolución No. 0861 del 09 de Junio 2011 con registro de programa según Resolución No.0457 del 13 De Julio 2017, emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No.00383 del 12 de Diciembre de 2016 por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Confiere a:

ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA

IDENTIFICADO(A) CON CC 1004278031 FUNDACION-MAGDALENA

EL PRESENTE CERTIFICADO DEL CURSO POR COMPETENCIA EN:

Laboratorio Clínico

**En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado en curso en
LABORATORIO CLINICO con una duración de 240 horas.**

Dado en la ciudad de Santa Marta D.T.C.H Magdalena a los 19 dias del mes de Julio del 2023.

Director



Secretaria General

Edufer Torres Jarama



Alexandra Luján Cera

Libro 01 Folio 18 Código 0009788 FUN-M

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Confiere Constancia de Asistencia a



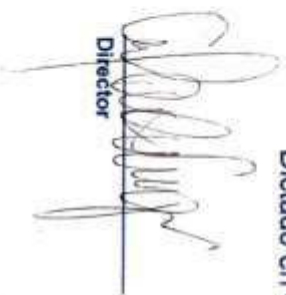
ANGIE NOÑEZ M.

Quien participó en el Seminario Taller de Actualización

CÓDIGO ROSA

Con una Duración de 8 Horas

Dictado en Santa Marta a los 7 días del mes de septiembre del 2019


Director




Conferencistas

Republica de Colombia
Y en su Nombre

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NOROCCIDENTE

Con autorización oficial expedida por la Secretaría de Educación Departamental mediante Resolución No. 001 de enero de 2003, ampliada mediante Resolución 458 de 9 de Octubre de 2007
Y acuerdo 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud

Certifica que:

ANGIE NUNEZ

C.C. No. 1.004.278.031

Participó en el Seminario taller

R.C.P.

Con una intensidad de 40 horas académicas

Dado en Fundación, Departamento del Magdalena, a los 01 días del mes de Mayo de 2021


DIRECTOR


CONFERENCISTA



CEDELCA

Corporación Educativa del Caribe



Personería Jurídica No 257 del 29 de abril de 1994, Con licencia de funcionamiento según Resolución No. 0861 del 09 de Junio 2011 y con registro de programa según Resolución No. 0457 del 13 De Julio 2017

Hace constar que:

ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA
IDENTIFICADO CON CC 1004278031 FUNDACION - MAGDALENA

Participó activamente en el Diplomado – Taller de:

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS CON ATAQUES CON AGENTES
QUÍMICOS Y ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Realizando actividades Prácticas – Expositivas

Dado en Santa Marta (Distrito Turístico Cultural E Histórico), a los 15 días del mes de Abril del 2023




Elizabeth A. Torres Jaraba
Directora


Diana Calvo Solano
Conferencista

Código 20023 FUN-M



CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA



ACTUALÍZATE YA
Certificados en salud

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA NÚÑEZ MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1004278031

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-06-10.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA



ACTUALÍZATE YA
Certificados en salud

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA NÚÑEZ MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1004278031

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

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

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-06-10.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA



ACTUALÍZATE YA
Certificados en salud

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA NÚÑEZ MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1004278031

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-06-10.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA



ACTUALÍZATE YA
Certificados en salud

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA NÚÑEZ MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1004278031

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

TOMA, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (TML) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-06-10.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA



ACTUALÍZATE YA
Certificados en salud

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA NÚÑEZ MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1004278031

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS PERSONAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-06-10.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA



ACTUALÍZATE YA
Certificados en salud

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA NÚÑEZ MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1004278031

Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-06-10.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA



ACTUALÍZATE YA
Certificados en salud

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA NÚÑEZ MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1004278031

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-06-10.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



RESOLUCIÓN No. 47-0405 DE 13 FEB 2022

**Por la cual se registra un título
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.004.278.031, expedida en Fundación - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, el cual le fue otorgado por LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE - COTECNOR, con Certificado de Ceremonia No. S/N del 26 de junio de 2021.

Que con la solicitud el (la) señor (a) **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA** presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el (la) señor (a) **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA** cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta y funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano y se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.004.278.031, expedida en Fundación - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 13 FEB 2022


DIANA ESTHER CELEDÓN SANCHEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyecto	Piedad De La Hoz Oroco.	Profesional Universitario.	
Elaboró	José J. Rivera Ramos.	Técnico en Salud.	
Declaro que he revisado el presente documento y lo encuentro ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presentamos para su firma.			



E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FUNDACION - MAGDALENA
NIT. 819.002.551-7

FUNDACION sigue avanzando

**EL SUSCRITO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
Y FINANCIERO DE LA ESE CENTRO DE SALUD
PAZ DEL RIO.**

CERTIFICA QUE:

El señora **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA** identificado con cedula de ciudadanía No 1.004.278.031 de fundación magdalena, el cual realizó sus pasantías en el área de **URGENCIAS** de la **E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO** como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el 21 de enero de 2022, hasta 23 de enero de 2023, la cual cumplió a cabalidad y con excelencia responsable sus funciones asignadas en esta institución.

Para Mayor constancia se expide en Fundación Magdalena a los seis (15) días del mes de febrero de 2023

RONAL VASQUEZ DURAN
Sub.Director Adm.y Financiero
E.S.E. Centro de Salud Paz del Rio



E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FUNDACION - MAGDALENA
NIT. 819.002.551-7

FUNDACION sigue avanzando

**EL SUSCRITO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
Y FINANCIERO DE LA ESE CENTRO DE SALUD
PAZ DEL RIO.**

CERTIFICA QUE:

El señora **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA** identificado con cedula de ciudadanía No 1.004.278.031 de fundación magdalena, el cual realizó sus pasantías en el área de **URGENCIAS** de la **E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO** como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el 03 de mayo de 2021, hasta 03 de agosto de 2021, la cual cumplió a cabalidad y con excelencia responsable sus funciones asignadas en esta institución.

Para Mayor constancia se expide en Fundación Magdalena a los seis (06) días del mes de agosto de 2021

RONAL VASQUEZ DURAN
Sub.Director Adm.y Financiero
E.S.E. Centro de Salud Paz del Rio

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.



Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombre: Angie Gato
Apellidos: Muñoz Mendez
Documento de identidad: CC ☒ CE ☐ PA ☐ CO ☐ SC ☐ PE ☐ PPT ☐ DE ☐
Número de documento: 1004278031
Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 08 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	PS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Fiebre tifoidea	Dosis 1	3-10-23	01220103	mon/luz G.
Fiebre tifoidea	Dosis 1	3-10-23	W8067	mon/luz G.
Sarampión - Fiebre tifoidea (Sf)	1	05/10/2025	024630010	U. A. A.
	2	3-10-23	233210040	mon/luz G.
	3			
	4			
Méd. animal	1			
	2			
Requiza B	1	7-10-23	22050922A	PS. NERVIS
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	PS vacunadora Nombre vacunador
VNI	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	3-10-23	2330043	mon/luz G.
	Anual			
Covid 19	1ª	23/02/22	201621A	Enxalva
	2ª	29/06/22	PC A0070	Enxalva y Judith A.
	3ª			
	4ª			
Tifo. viral	1	7-10-23	AG70465A	PS. NERVIS
Otras				



La salud es de todos **Minsalud** **Mi Vacuna**

Certificado de vacunación

Nombre: Angie
 Apellidos: Rodriguez
 Documento de identidad: 1004273037
 C.C. ☒ TI ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ Otro ☐ Cédula
 No. 1004273037
 Fecha de nacimiento: 20 de 08 de 1996

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	28 Jun 2022	Pfizer	1004273037	IPS de la UG	Angie Rodriguez	606025
	2da	28 Jun 2022	Pfizer	1004273037	IPS de la UG	Angie Rodriguez	606025

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

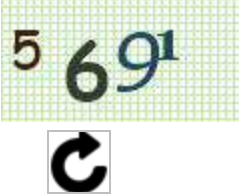
Número de Identificación *

1004278031

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8808

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-06-04→3:05:12 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1004278031	ANGIE	PAOLA	NUÑEZ	MENDOZA	Vigente

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) ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA identificado(a) con CC 1004278031 registra La siguiente información:

2026-06-04→3:05:12 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2022-02-13	470405	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
3202851303

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000012035 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA				COD. AGE: 320				RAMO: 89				PAP:															
DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO										
09	06	2026					09	06	2026	23:59	09	06	2027	23:59	365	09	06	2026									
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS				DÍAS				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION															

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION										DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DÍAS							
										09	06	2026	23:59	09	06	2027	23:59	365							
VIGENCIA DEL ANEXO										VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS			

DATOS DEL TOMADOR																			
NOMBRE: ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA										IDENTIFICACIÓN: CC		1004.278.031							
DIRECCIÓN: CALLE 7 N 10 55										CIUDAD: FUNDACIÓN, MAGDALENA		TELÉFONO: 3114129169							

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO																			
ASEGURADO: ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA										IDENTIFICACIÓN: CC		1004.278.031							
DIRECCIÓN: CALLE 7 N 10 55										CIUDAD: FUNDACIÓN, MAGDALENA		TELÉFONO: 3114129169							
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS										IDENTIFICACIÓN: NIT		001-8							

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS									
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: MAGDALENA CIUDAD: FUNDACIÓN									
DIRECCION: CALLE 7 #10 - 4									
ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD									
DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA LIMITE POR EVENTO									
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO \$ 100,000,000.00									
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA 100,000,000.00									
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO 100,000,000.00 0.00									
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS 100,000,000.00 0.00									
SUSTITUCION PROVISIONAL 100,000,000.00 0.00									
GASTOS DE DEFENSA 10,000,000.00 0.00									
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL									

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***100,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****54,950	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ *****13,291	TOTAL A PAGAR: \$ *****83,240
---	---------------------------------------	--	-------------------------------	---

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
JAIME RAFAEL ESCOBAR GUERRERO	8902	100.00			

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

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

 FIRMA ASEGURADOR	 (415)7701861000019(8020)00000000007000320285130	 FIRMA TOMADOR
--	--	---

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá		CLIENTE				JAIESCOBAR 0	
CDDA207A070AFD7D5F							

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA** COD. AGENCIA: **320** RAMO: **89** No PÓLIZA: **994000012035** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA	IDENTIFICACIÓN:	CC	1004.278.031
ASEGURADO:	ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA	IDENTIFICACIÓN:	CC	1004.278.031
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO DE LA POLIZA

SEGURO DE RC PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD (MODALIDAD OCURRENCIA)

TOMADOR: ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA
ASEGURADO: ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CALLE 7 #10 - 4
PROFESION ASEGURADA: Auxiliar de Enfermería
ESPECIALIZACION: Auxiliar de Enfermería

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 09 del mes de 06 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MG8G8000 CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:
Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
Cláusula de no renovación tácita o automática.
Declaraciones Retacentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
TODOS LOS AMPAROS, LÍMITES, SUBLÍMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:
Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMVLV.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA**

COD. AGENCIA: **320**

RAMO: **89**

No PÓLIZA: **994000012035**

ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1004.278.031**

ASEGURADO: **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1004.278.031**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exqatur en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoesultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoesultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

- a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

- (i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
- (ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
- (iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA**

COD. AGENCIA: **320**

RAMO: **89**

No PÓLIZA: **994000012035** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1004.278.031**

ASEGURADO: **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1004.278.031**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

Red de Promocion y Prevencion
en salud ocupacional S.A.S

Nit: 900412223-9

Direccion . Kra 9 N 7-12

Cel 3003661345



MILEDHYS MORENO MOSQUERA

Medico especialista en Salud Ocupacional

RM:2901 Rvs SO 2138

Identificacion

1.004.278.031

Nombre del Paciente: **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA**

Empresa: **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION**

Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
FEMENINO ▼	29 AÑOS	UNION LIBRE ▼	TECNICO ▼	FUNDACION-Mag	5/06/2026
Objetivo:	INGRESO	E.P.S. Afiliado:		CONTRATO	
CARGO :	AUXILIAR DE ENFERMERIA			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente Fueron consignados en una Historia Clínica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :

☒ APTO para el Cargo
☐ APTO con Restricciones
☐ NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO

☐ Satisfactoria
☐ NO Satisfactoria
Valoracion por: ☐ E.P.S ☐ A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Cardio Vascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologico
☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAM OS SALUD IPS.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(los) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a VISIONAMOS SALUD IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Miledhys Moreno Mosquera
Miledhys Moreno Mosquera
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD LIBRE
RESOLUCION 01760 23 MAR 2011

Angie Paola Nuñez Mendoza

1004278031



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANGIE	PAOLA	NUÑEZ	MENDOZA

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 1004278031

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento MAGDALENA	Municipio ALGARROBO	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento MAGDALENA	Municipio FUNDACIÓN	

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	HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento MAGDALENA	Municipio FUNDACIÓN
Dirección	<input -="" 16="" 46="" 5a="" barrio="" bernardo"]"="" calle="" san="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	AUXILIAR ÁREA SALUD	

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 año gravable 2025 fueron:

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

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

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

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:



No.Radicación: 416938

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264.2

FECHA DE RADICACIÓN

09 | 06 | 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN				3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☐	B. REPORTE DE NOVEDADES ☒	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐		B. Colectiva ☐	C. Institucional ☐	D. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	SI ☐ NO ☒	5. TIPO DE AFILIADO	A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐	C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. TIPO DE COTIZANTE	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒	C. Pensionado ☐
							7. CÓDIGO A297

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES																																							
PRIMER APELLIDO					NU?EZ					SEGUNDO APELLIDO					MENDOZA					PRIMER NOMBRE					ANGIE					SEGUNDO NOMBRE					PAOLA				
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		C.N.		M.S.		R.C.		T.I.		C.C.		10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1004278031		11. SEXO BIOLÓGICO		X		12. SEXO IDENTIFICACIÓN		X		M		T		NB		Otro									
		C.E.		S.C.		C.C.		A.S.		P.T.						M						Cual?																	
13. NACIONALIDAD		COLOMBIA				14. LUGAR DE NACIMIENTO		COLOMBIA		MAGDALENA		FUNDACION		20		08		1996																					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA 6		17. COMUNIDAD INDIGENA		18. DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒		CATEGORIA DE DISCAPACIDAD ☐		19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI ☐ NO ☒		20. CLASIFICACIÓN SISBEN		NIVEL ☐		GRUPO ☐		21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL ☐		22. ARL COLMENA	
23. AFP COLPENSIONES				24. IBC \$1,750,905.00				25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA \$0.00				26. RESIDENCIA				DIRECCIÓN MZ 5 CASA 28 BARRIO SHADAY			
TELÉFONO FIJO				TELÉFONO CELULAR 3114129169				CORREO ELECTRÓNICO angiepnm2021@gmail.com								DEPARTAMENTO MAGDALENA			
MUNICIPIO/ DISTRITO FUNDACION				LOCALIDAD/COMUNA Shaday				ZONA CABECERA ☒ CENTRO PUEBLO ☐ RURAL ☐ PUEBLO ☐ RESTO ☐				IPS 11675							

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES																
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE				
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I.	C.C.	C.E.	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO		F	31. SEXO IDENTIFICACIÓN					
		S.C.	C.D.	P.T.						M	F	M	T	NB	Otro	
32. NACIONALIDAD				33. LUGAR DE NACIMIENTO		PAÍS		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		34. FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

[illegible][illegible]

	TÉLEFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social		56. Tipo documento de identificación N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.							57. Número del documento de identificación			58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación	DIRECCIÓN			TELÉFONO FIJO O CELULAR			CORREO ELECTRÓNICO			DEPARTAMENTO		MUNICIPIO/DISTRITO	

B. REPORTE DE NOVEDADES

66. TIPO DE NOVEDAD		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR		X		15. TRASLADO	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		☐	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO		☐	A) MISMO RÉGIMEN	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		☐			☐	B) DIFERENTE RÉGIMEN	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		☐	11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.		☐	16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		☐	12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		☐	17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____		☐	13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		☐	18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____		☐	14. MOVILIDAD		☐	19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐	A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		☐	20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐	B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO		☐	21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN																			
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I. S.C.	C.C. C.D.	C.E. P.T.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				62. SEXO BIOLÓGICO		F M	63. SEXO IDENTIFICACIÓN		F	M	T	NB	Otro	
64. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	65. EPS ANTERIOR			66. FECHA DE MOVEDAR	01	06	2026	67. MOTIVO DE TRASLADO		Código		68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

III. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.	☒
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☒
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad	☒
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☒
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	☒
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	☒
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	☒
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.	☒
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).	☒
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	☒
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.	☒

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	S.C.	C.D.	R.T.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		

IX.FIRMAS

80. El código de identificación comercial del afiliado o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
--	--

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:	CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT	
Cantidad:												Total
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.												
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.												
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.												
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.												
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.												
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.												
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016												
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.												
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.												
												Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL			93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	
Código del Municipio		Código del departamento		

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES																	
				Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre				Segundo nombre					
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C.	C.E.	S.C.	Número del documento de identidad		95. FIRMA DEL FUNCIONARIO.		96. FECHA DE RADICACIÓN.		DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN.		DÍA	MES	AÑO
	C.D.	P.T.															

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA** identificado (a) con

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.

CC

S.C.

C.D.

P.E.

P.T.

número **1004278031** de **FUNDACION**, certifico que:

1

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí ☐ No ☐

2

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

Sí ☐ No ☐

3

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí ☐ No ☐

4

¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?

Sí ☐ No ☐

5

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Sí ☐ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. **3114129169**

y/o correo electrónico: **angiepnm2021@gmail.com**

Sí ☐ No ☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. Sí ☐ No ☐

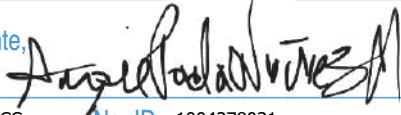
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web <https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes>

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta Sí ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: 
Tipo ID: CC No. ID: 1004278031
Fecha de Solicitud: 09/06/2026
Dirección: MZ 5 CASA 28 BARRIO SHADAY
Tel: 3114129169 Municipio: FUNDACION
Departamento: MAGDALENA

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: **01 8000 954400**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: **(601) 419 3000**

Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 “Hábeas Data”; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ	NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	NO
INDEPENDIENTE	COLMENA	COLPENSIONES	\$1750905		NO	X		NO	X
Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐	Posición Ocupacional ☐ Patrón/Empleador ☐ Contratista ☒ Trabaja por su Cuenta ☐							
	Preescolar ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Técnica Profesional ☒ Especialización ☐ Último Grado ☐	Inicio Contrato 01/06/2026		Fin Contrato					
	Básico Primaria ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Tecnológica ☐ Maestría ☐ Aprobado ☐								
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.									
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte		DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
Adalberto Hernandez de Lacruz	A297		

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1004278031**, se encuentra afiliado/a desde **30/09/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de junio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1004278031 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 10/06/2026 10:53 AM



Código Verificación: **J2CY51AE8X**

Válida hasta: **08/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

Certificación Bancaria

Miércoles, 10 de junio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGIE PAOLA NUÑEZ MENDOZA identificado(a) con CC 1004278031, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS	91201957627	2026-04-21	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co