

DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Santa Marta

Número de documento:1082839332

Ver perfil

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ
Nombre abreviado: DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 1082839332
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena
Municipio: Santa Marta

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ
Identificación: 1082839332
Nacionalidad: COLOMBIANA
Domicilio: CALLE 8 #30 - 22
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía

Indicadores de negocio

Clasificación: Cómo mejorar su clasificación

Recomendaciones 0

Visitas al perfil: 8

Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selecciónSin datos
Última actualización:12/08/2026 9:32 AM

5% Datos del perfil
Cómo incluir más datos

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias

SANTA MARTA SEPTIEMBRE 2026

Señores
E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Santa Marta, Magdalena

Asunto: Propuesta de servicios como Auxiliar de Enfermería

Yo, **DANIELA PATRICIA GUTIÉRREZ PÉREZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.082.839.332**, actuando en nombre propio, presento respetuosamente a consideración de la **E.S.E. Alejandro Próspero Reverend** la presente propuesta de servicios para desempeñarme como **Auxiliar de Enfermería**, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la entidad.

1. OBJETO DE LA PROPUESTA

Prestar servicios de apoyo como **Auxiliar de Enfermería**, contribuyendo al desarrollo de las actividades asistenciales y de promoción y mantenimiento de la salud que sean requeridas por la E.S.E., de acuerdo con los protocolos institucionales, las normas de bioseguridad y las instrucciones del personal responsable.

2. ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Entre las actividades a realizar se encuentran:

1. Apoyar las actividades de atención y cuidado básico de los pacientes.
2. Realizar toma y registro de signos vitales, de acuerdo con los protocolos establecidos.
3. Apoyar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
4. Brindar orientación básica a los usuarios sobre las recomendaciones relacionadas con su atención.
5. Apoyar las jornadas, brigadas y actividades extramurales programadas por la E.S.E.
6. Realizar los registros correspondientes de las actividades desarrolladas.
7. Cumplir las normas de bioseguridad y los protocolos institucionales.
8. Apoyar las actividades propias del servicio de enfermería que correspondan a su perfil y competencias.
9. Mantener una adecuada atención humanizada y respetuosa hacia los usuarios.
10. Las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que sean asignadas, siempre que correspondan a su formación y competencias.

3. COMPROMISOS

Me comprometo a desarrollar las actividades asignadas con responsabilidad, ética, oportunidad, calidad y respeto por los usuarios, cumpliendo las disposiciones

institucionales y las normas aplicables al ejercicio de mis funciones como Auxiliar de Enfermería.

Igualmente, manifiesto mi disposición para contribuir al cumplimiento de las metas y objetivos institucionales de la **E.S.E. Alejandro Próspero Reverend**.

4. DATOS DE CONTACTO

Nombre: Daniela Patricia Gutiérrez Pérez
Cédula: 1.082.839.332
Cargo/Perfil: Auxiliar de Enfermería
Correo electrónico: daniela30perez@gmail.com

Agradezco la atención prestada a la presente propuesta y quedo a disposición de la entidad para aportar la documentación requerida dentro del proceso correspondiente.

Cordialmente,



DANIELA PATRICIA GUTIÉRREZ PÉREZ
C.C. No. 1.082.839.332
Auxiliar de Enfermería
Correo: daniela30perez@gmail.com

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gutierrez	Perez	Daniela Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082839332	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 04 MES 12 AÑO 2000

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 8 30 22

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3242483400 EMAIL Daniela30perezg@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2018
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	3	X		AUXILIAR ENFERMERIA	12	2024	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
fundacion educativa campus	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		codigo gris	08	2026
fundacion educativa campus	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		toma, conservación y transporte de muestras de laboratorio clinico	08	2026

4 IDIOMAS

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*

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CEARIC			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3242483400	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD MENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 24 2 5						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLIDARIDAD IPS.			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3242483400	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ADMISIONES HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CALLE 18 20 54						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 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*					

7 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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 SANTA MARTA SEPTIEMBRE 2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **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

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-08-12 09:47

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIELA	PATRICIA	GUTIERREZ	PEREZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082839332

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Av Libertador N° 25-67"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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:

DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ

Función Pública | Aplicativo por la Integridad pública — Declaro Publico Controlo

Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Recuerde verificar también si, según el **Decreto 830 de 2021**, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Formulario 4.001.396 finalizado

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicaci
	4001396-01 Declaración inicial	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	2026-08-12 09:45	2026-08-12 09:47
	2941212-01 Declaración inicial	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	CONTRATISTA	INGRESO	2025-09-15 15:15	2025-09-15 15:16

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Aplicativo por la Integridad Pública

1.7.3

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.082.839.332**

GUTIERREZ PEREZ

APELLIDOS

DANIELA PATRICIA

NOMBRES

Daniela

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-2000**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

16-ENE-2019 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2100150-01059294-F-1082839332-20190205 0064389436A 1 4425307939

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141267496408

(415)7707212489984(8020) 000014126749640 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 8 3 9 3 3 2	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 8 3 9 3 3 2	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	PEREZ	DANIELA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 8 30 22 BRR DIECISIETE DE DICIEMBRE

42. Correo electrónico: daniela30perezg@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 4 2 4 8 3 4 0 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 1	2 0 2 6 0 9 0 3					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Exportadores				
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: ☐ 61. Fecha ☐

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y demás normativas vigentes en Colombia en materia de protección de datos personales, la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, con NIT 819.004.070, actuando como responsable del Tratamiento de Datos Personales, solicita a sus empleados, contratistas y demás vinculados, la autorización expresa para la recolección y tratamiento de sus datos personales.

Al aceptar esta autorización, usted consiente de manera libre, previa, expresa, voluntaria e inequívoca, que la E.S.E Alejandro Prospero Reverend recoja, almacene, procese, transmita y transfiera sus datos personales, los cuales se utilizarán para fines relacionados con la gestión de talento humano, contratación, cumplimiento de obligaciones contractuales y laborales, desarrollo de políticas internas, y demás propósitos necesarios para el desarrollo de la misión de la entidad.

Finalidades del Tratamiento de Datos Personales: La E.S.E Alejandro Prospero Reverend tratará sus datos personales para gestionar el vínculo laboral o contractual, lo que incluye procesos administrativos como nómina, prestaciones sociales, seguridad social, consultar sus datos en en las siguientes bases de datos: Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional, Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República, Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional y RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (solo personal de salud) y, facilitar la comunicación con usted. Además, los datos se usarán para cumplir con las políticas internas de la empresa, normas laborales, seguridad de la información, y administrar el acceso a sistemas, activos, así como el control de asistencia y desempeño.

Derechos del Titular: Como titular de los datos personales, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar prueba de la autorización para el tratamiento de sus datos. Puede ser informado del uso de sus datos, revocar la autorización o solicitar la supresión de los mismos, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend a través de los siguientes canales:

- Sede Administrativa, Av. Libertador # 25 - 67, Santa Marta D.T.C.H., Magdalena
- Correo electrónico: tratamientodatospersonales@esealprorev.gov.co
- Teléfono: +57 333 033 4416
- Página web: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co/

Aceptación y Firma: Leído lo anterior, al firmar este documento, usted autoriza de manera libre, expresa e inequívoca a la E.S.E Alejandro Pros septiembre 2026 tratamiento de sus datos personales conforme a lo establecido.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, AGOSTO de 2026

FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA:	
NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA	DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ
N°. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA	1082839332

Vigilado Supersalud

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, **DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ** y **1082839332**, identificado(a) con , en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Naturaleza de Acuerdo
Este es un acuerdo de confidencialidad **unilateral**, en el cual la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** será la única parte que revelará información confidencial al colaborador. Por lo tanto, El colaborador se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso, sin tener derecho a compartirla ni utilizarla para fines distintos a los autorizados.

Objeto del Acuerdo
El presente acuerdo tiene como objetivo proteger la información de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, a la que el colaborador tenga acceso durante el ejercicio de sus funciones y/o actividades. Esta información incluye, pero no se limita a, datos técnicos, operativos, administrativos y cualquier otra información relacionada con la misión de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** en la prestación de servicios de salud, manejo de casos clínicos, datos sobre pacientes, procedimientos internos, estrategias de negocio, listas de usuarios o proveedores, y cualquier otra información según las políticas internas de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Este acuerdo también se ajusta a las disposiciones generales del Código Civil, Libro IV, sobre las obligaciones y contratos, así como a los artículos 194 y 308 del Código Penal, en relación con la divulgación de documentos reservados y violación de la reserva industrial o comercial.

Obligaciones del colaborador
El colaborador se compromete a:

- Cumplir con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015. Además, aplicar los procedimientos y lineamientos contemplados en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, los cuales están disponibles en la página web oficial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co.
- No divulgar, compartir o utilizar la información confidencial para fines distintos a los autorizados expresamente por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.
- Proteger la información a través de las medidas de seguridad proporcionadas por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, así como aquellas requeridas por la naturaleza de la información.
- No realizar copias, reproducciones o almacenamientos no autorizados de la información.
- Devolver cualquier información confidencial que esté bajo su custodia al término de la relación laboral o contractual, sin conservar copias en ningún formato.
- Reportar de inmediato cualquier incidente o brecha de seguridad que pueda comprometer la información confidencial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Uso de la Información

Vigilado Supersalud

El colaborador sólo podrá utilizar la información confidencial para los fines expresamente autorizados por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, en el marco de sus actividades laborales o contractuales.

Duración del Compromiso
Este compromiso se mantendrá vigente durante todo el periodo en que el colaborador preste sus servicios a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** y continuará de forma indefinida después de la terminación de la relación laboral o contractual, independientemente de las causas de dicha terminación.

Consecuencias del Incumplimiento
El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acuerdo dará lugar a sanciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato, además de posibles acciones civiles, administrativas y penales, según la normativa vigente.

Excepciones
Este acuerdo no será aplicable a la información que sea requerida por una autoridad judicial o administrativa, siempre y cuando El colaborador [illegible] septiembre 2026 [illegible]te a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** sobre dicha obligación de divulgación.

Firma y Aceptación
El colaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, **AGOSTO** de 20**26**

FIRMA DEL COLABORADOR:	
NOMBRE COLABORADOR	**DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR	**1082839332**

Vigilado Supersalud

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 1082839332 **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 03/09/2026 11:39 AM

Código Verificación: **DQ65VZS4X1**

Válida hasta: **02/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

REPUBLICA DE COLOMBIA

INSTITUTO NUEVA ESPERANZA
APROBADO POR RESOLUCIÓN 925 DE Noviembre 2002

Secretaría de Educación Distrital

CONFIERE A:

DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ

Identificado (a) con C.C o T.I Nº 1.082.839.332 Santa Marta (Magdalena)

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según el PEI vigentes

INSTITUTO NUEVA ESPERANZA
NIT. 900167130-1
DIRECTORA

Director **secretaria**

Libro No. 02 Folio No. 53 Acta No.41

Dado en Santa Marta, Magdalena a los 30 días del mes de junio de 2018

República de Colombia

y en su nombre, la

Corporación Técnica del Magdalena

Resolución Oficial No. 1815 de Diciembre de 2021
Otorgado por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta

Certifica a:

Daniela Patricia Gutierrez Perez

Identificado (a): D.I 1082839332 Expedida en Santa Marta

Técnico Laboral por Competencia en:

Auxiliar En Enfermería

Res 1085
Horas: 1800

Director Académico

Secretaría Académica

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santa Marta, a los 17 días del mes de Diciembre del año 2024, se reunieron con el fin de formalizar la certificación de las competencias laborales de los estudiantes, los suscritos Director(a) y Secretario(a) Académico(a) de la **Corporación Técnica del Magdalena "COTEMAG"**, Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano aprobada mediante Resolución Número 1816 del 09 de Diciembre de 2021, otorgada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta.

Se certifican las competencias laborales del Programa: **Técnico laboral por competencias en Auxiliar en Enfermería**, bajo la Resolución Número 1085 del 31 de julio de 2019,

Al Técnico(a) cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ
C.C. 1.082.839.332 DE SANTA MARTA

Esta Acta es fiel copia tomada de la original: **Libro 003, Acta 027, Folio 055**, firmada por los suscritos Director(a) **ROGER TRUJILLO ROSEMBERG** y Secretario(a) Académico(a) **DANNY MAURICIO ROSALES CANEDA**.

Dado en Santa Marta, a los 17 días de Diciembre del año 2024.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en el Decreto 1075 de 2015.

ROGER TRUJILLO ROSEMBERG
Director(a) Académico(a)

DANNY M. ROSALES CANEDA
Secretario(a) Académico(a)

CORPORACIÓN
TÉCNICA DEL MAGDALENA

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 *

1082839332

Primer Nombre

daniela

Primer Apellido

gutierrez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5327

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-09-03→11:41:49 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1082839332	DANIELA	PATRICIA	GUTIERREZ	PEREZ	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) DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ identificado(a) con CC 1082839332 registra La siguiente información:

2026-09-03→11:41:49 AM

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	2025-04-07	1585	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 puede

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

IQ SALUD
—CERTIFICADOS—

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DANIELA PATRICIA GUTIÉRREZ PÉREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1082839332
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 2026-08-27.
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.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

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

IQ SALUD
—CERTIFICADOS—

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DANIELA PATRICIA GUTIÉRREZ PÉREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1082839332

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

ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLACIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS (CÓDIGO GRIS) (BASICO)

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

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-08-27.
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.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

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

192

RESOLUCIÓN No. 47 1585 DE 07 ABR 2025

"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) **DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadania No. 1.082.839.332, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** según CERTIFICADO, el cual le fue otorgado por LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL MAGDALENA - COTEMAG, con Acta de Grado No.027 de 17 de diciembre de 2024.

Que con la solicitud el(la) señor(a) **DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ** 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) **DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ** 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, funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano, se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

ARTICULO ÚNICO: Autorizar a **DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadania No. 1.082.839.332, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 07 ABR 2025

DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Aprobó	Piedad De La Hoz Orozco	Profesional Universitario	
Proyectó y Revisó	Yolenis Ponzón Martinez	Contratista	

Declaro que he revisado el presente documento, lo encuentro ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presento para su firma.

Centro de Rehabilitación
Solidaridad Social I.P.S - S.A.S
Nit.: 900.348.884 - 3

Santa marta 01 de marzo del 2025

Señores:
CORPORACION TECNICA DEL MAGDALENA (COTEMAG.)
MAGDALENA – SANTA MARTA

CERTIFICACION DE PRÁCTICAS.

Cordial saludo.

De manera más atenta la empresa CENTRO DE REHABILITACION SOLIDARIDAD SOCIAL IPS, identificada con el NIT. 900348884, CERTIFICA que el estudiante **DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ** CC. 1.082.839.332 de santa marta, realizo sus prácticas en nuestra organización, con una duración de 540 horas, del 17 de OCTUBRE 2024 al 27 de FEBRERO del año en cuso desempeñando el cargo de **AUX. DE ENFERMERIA** donde desarrollaba las siguientes funciones:

A) APOYO EN ATENCION A PACIENTE INTEGRAL EN EL AREA DE REHABILITACION.
B) PROMOCION Y PREVENCION DE ENFERMEDADES.
C) APOYO EN LA ELABORACION DE INFORMES EVOLUCIONES E HISTORIAS CLINICAS.

En su permanencia en nuestra institución se caracterizó por ser una persona seria, responsable, líder y comprometida por lo cual se recomienda laboralmente ante otras organizaciones a futuro.

Cordialmente.

LISSETTE JULIAO QUINTERO.
GERENTE.

Dr. ERICK ACEVEDO ARTEAGA
COORDINADOR DE PRACTICA

Carrera 16E # 11c-56 Riascos Cel.: 3045432664
e-mail: acevedoerickips@gmail.com – Santa Marta – Colombia

SaludTotal

STAMARTA, Octubre 4 de 2026

Señora:

GUTIERREZ PEREZ DANIELA PATRICIA

CC. 1082839332CALLE8 30A22 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 18 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
GUTIERREZ PEREZ DANIELA PATRICIA	1082839332	C	Dic-18-2022	54	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ	1082839332	Independiente	VIGENTE
DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ	1082839332	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra linea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Linea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al dia en los pagos.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1082839332,** *no está registrado/a* en el 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 28 de agosto de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 Versión: 003 | 11/ene/2025 Fecha de creación: 06/feb/2023

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento	CEDULA	Número de documento	1082839882	Lugar de expedición	SANTA MARTA		
Primer apellido	GUTIERREZ	Segundo apellido	PEREZ	Nombres	DANIELA PATRICIA		
Nacionalidad	COLOMBIANO	Dirección de domicilio	CALLE 30 A 22				
Departamento	MAGDALENA	Ciudad | Municipio	SANTA MARTA	Correo electrónico	DANIELA30PEREZ@GMAIL.COM		
Número de contacto	3042463144	Lugar de nacimiento	SANTA MARTA	Fecha de nacimiento	04/12/2000	Estado civil	SOLTERA
Actividad principal que desempeña actualmente						Código actividad en RUT (4 dígitos)	

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres	HECTOR GONZALES	Dirección	CALLE 30 A 22	Teléfono	3007689090
Apellidos y nombres	MARIO HERNANDEZ	Dirección	CALLE 30 A 22	Teléfono	3219898090

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)[1]

¿Maneja recursos públicos?	Si [ ]	No [X]	¿Tiene reconocimiento público?	Si [ ]	No [X]	¿Ejerce algún grado de poder público?	Si [ ] No [X]
¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta?	Si [ ]	No [X]	¿Cuál?				

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensual		Otros ingresos mensuales		Total ingreso mensuales		Total egresos mensuales	
Total activos		Total pasivos		Información financiera a corte			
Indique el concepto de otros ingresos							

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad bancaria	DAVIVIENDA	Número de cuenta	055011710012759 8	Tipo de cuenta	AHORRO
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Si [ ] No [X]	Tipo de cuenta	
		¿Cuál?	

INFORMACIÓN BANCARIA

¿Tiene productos financieros en moneda extranjera?	Si [ ] No [X]	Tipo de producto		Número de producto	
		Entidad financiera		País	

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.
4. De manera irrevocable autorizo a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend***, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

DECLARACIONES ADICIONALES

¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI [ ] NO [X]	¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton?	SI [ ] NO [X]

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** como tratante de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.
La información y datos personales suministrados a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en https://www.esealprorev.gov.co
Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

SI [X]
NO [ ]

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma

Vigilado Supersalud

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SANTA MARTA, MAGDALENA, COLOMBIA, **13/08/2026**

A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1082839332**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550117100127598**
Fecha de apertura	**17/09/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION

Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

PRE-INGRESO

Tipo certificación: Pre-Ingreso (X) Periódico ( ) Egreso ( ) Post incapacidad ( ) Seguimiento ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Retorno ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **20/08/2026 08:03:00** Ciudad **SANTA MARTA** Departamento **MAGDALENA**

Doc. Identidad **CC 1082839332** Nombre **DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ** Sexo **F** Edad **25 Años**

Teléfono **3042463144** Dirección **CL 8 #30A-22 BRR 17 DE DICIEMBRE**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Empresa **1 - PARTICULAR**

Actividad económica **OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.**

Eps **SALUD TOTAL SA**

Arl **NO REFIERE** Fondo de pensión **COLPENSIONES**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

VISIOMETRIA, HEMOGRAMA IV, RADIOGRAFIA DE TORAX, RADIOGRAFIA COLUMNA LUMBOSACRA, GLICEMIA, Hepatitis B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBs], BACILOSCOPIA, ALCOHOL EN SALIVA, THC Cualitativa Orina, COC CUALITATIVA EN ORINA, EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR, PRUEBA PSICOLOGICA

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
HIGIENE POSTURAL.
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS.
EJERCICIOS FUNCIONALES.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (x) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI (X) NO ( )	ARL	SI ( ) NO ( )	EAPB-EPS	SI (X) NO ( )

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1A S.A para la CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD de mi historia clínica de acuerdo a la NORMATIVIDAD VIGENTE en materia de exámenes médicos ocupacionales emanados por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O el MINISTERIO DE TRABAJO DE COLOMBIA. Además doy fe que

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
José María Benavides De Vega
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional: 2268/2019 SSDSM

Trabajador: DANIELA PATRICIA GUTIERREZ
CC: 1082839332
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 3211226e-eafd-4a57-a397-2bae6d38c959

Nombres y apellidos / Full name: **DANIELA PATRICIA GUTIERREZ PEREZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1082839332**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **04/12/2000**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID ASTRAZENECA	Primera	19	08	2021	Oxford-AstraZeneca	NK0126	NATALIS S.A.S PERINATOLOGIA, DIAGNOSTICO Y ULTRASONIDO PRENATAL	ANA VICTORIA CUADROS BUENO
COVID ASTRAZENECA	Segunda	18	01	2022	Oxford-AstraZeneca	NL0122	SANTA MARTA FUNDACION PROMAGDALENA IPS	ALBA LUZ MARGARITA RODRIGUEZ ANGULO
Fiebre Amarilla	Única	24	03	2022	Sanofi Pasteur	V3E37	STA MARTA CENTRO DE SALUD BASTIDAS	JORGE ELIECER DIAZ BARLIZ
TD Adulto	Cuarta	24	03	2022	Serum	2331L011C	STA MARTA CENTRO DE SALUD BASTIDAS	JORGE ELIECER DIAZ BARLIZ
TD Adulto	Quinta	01	02	2023	Serum	2331L024C	STA MARTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL MAGD	BELKYS JOANNA MORENO PERDOMO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	01	02	2023		220500922A	STA MARTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL MAGD	BELKYS JOANNA MORENO PERDOMO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	07	02	2023	Green Cross	V50222014	STA MARTA CENTRO DE SALUD BASTIDAS	JORGE ELIECER DIAZ BARLIZ
Sarampión Rubéola	Adicional	14	06	2023	Serum	0122W108	CEARIC IPS - SEDE CONSULTA EXTERNA	SANDRA MILENA VALENCIA CARVAJAL
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	12	08	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525002	STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS	OMAIRA CECILIA ESCOBAR BOVEA - CC57438441 - INACTIVO
TD Adulto	Primer Refuerzo	12	08	2025	Serum	2334X006A	STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS	OMAIRA CECILIA ESCOBAR BOVEA - CC57438441 - INACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: DANIELA PATRICIA.

Apellidos: Gutierrez Perez.

Documento de identidad: C.C. ✓ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1082839332.

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 12 Año 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	4/9/26	320	Clínica Reed.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2	4/9/26	2335L013D	Clínica Reed
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular Una dosis por embarazo				
Virus Sincitial Respiratorio Una dosis por embarazo				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	31/8/26	V505260002	Jaime Ct
	Anual			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Covid 19				
Otras				