E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC12F VERSION: 04 FECHA DE ULTIMA REVISION:9/12/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**,ALICIA GARCIA Identificado con Cédula No. 57434755 y Profesión Auxiliar de enfermería **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**
ESE (HUJMB) en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.



FIRMA: _

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		x
2	Cedula de Ciudadanía	x	
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)	x	
4	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**	x	
5	Propuesta de Servicios	x	
6	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	x	
7	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
8	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
9	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		x
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
12	RUT - Registro Único Tributario	X	
13	Hoja de Vida — Función publica	X	
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	X	
15	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (**fecha vigente – MES actual**).		x
16	Convalidación de Título (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		x
17	Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**)	X	
18	Tarjeta Profesional	X	
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		x
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	X	
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
24	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		x
25	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		x
26	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		x
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		X
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	x	
29	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías*.		x
30	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).	x	
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		x

32	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)**	x	
33	Soporte de experiencia laboral.	X	
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	x	
35	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)	x	
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	x	
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	x	
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	x	
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx	x	

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 de:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.434.755

GARCIA

APELLIDOS

ALICIA DEL SOCORRO

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1972

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

30-OCT-1990 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00155553-F-0057434755-20090504 0011201306A 1 4420100783

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57434755**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57434755	GACIA	RIVERA	ALICIA	DEL SOCORRO	2022-07-21, 10:40 am

Santa marta D.T.C.H

Señores.

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MEDEZ BARRENECHE

ASUNTO: Oferta de servicios.

Yo ALICIA DEL SOCORRO GARCIA identificada con documento N. 57.434.755 expedida en santa marta, presento mi propuesta y disposición como enfermera jefe, para prestar los servicios de proveer cuidados integrales básicos a los usuarios y desarrollar las actividades cumpliendo las políticas institucionales y normas vigentes.

Por lo anterior me comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones especificas derivadas de la oferta y/o aquellas contenidas en los estudios de convivencia y/o oportunidad de la contratación.

PLAZO: Me sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad, de acuerdo a la necesidad del servicio.

VALOR Y FORMA DE PAGO: Los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la entidad, de acuerdo con su disponibilidad presupuestal.

PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar copia de mi hoja de vida con sus respectivos soportes legales, necesarios para la contratación

De antemano agradezco su atención prestada

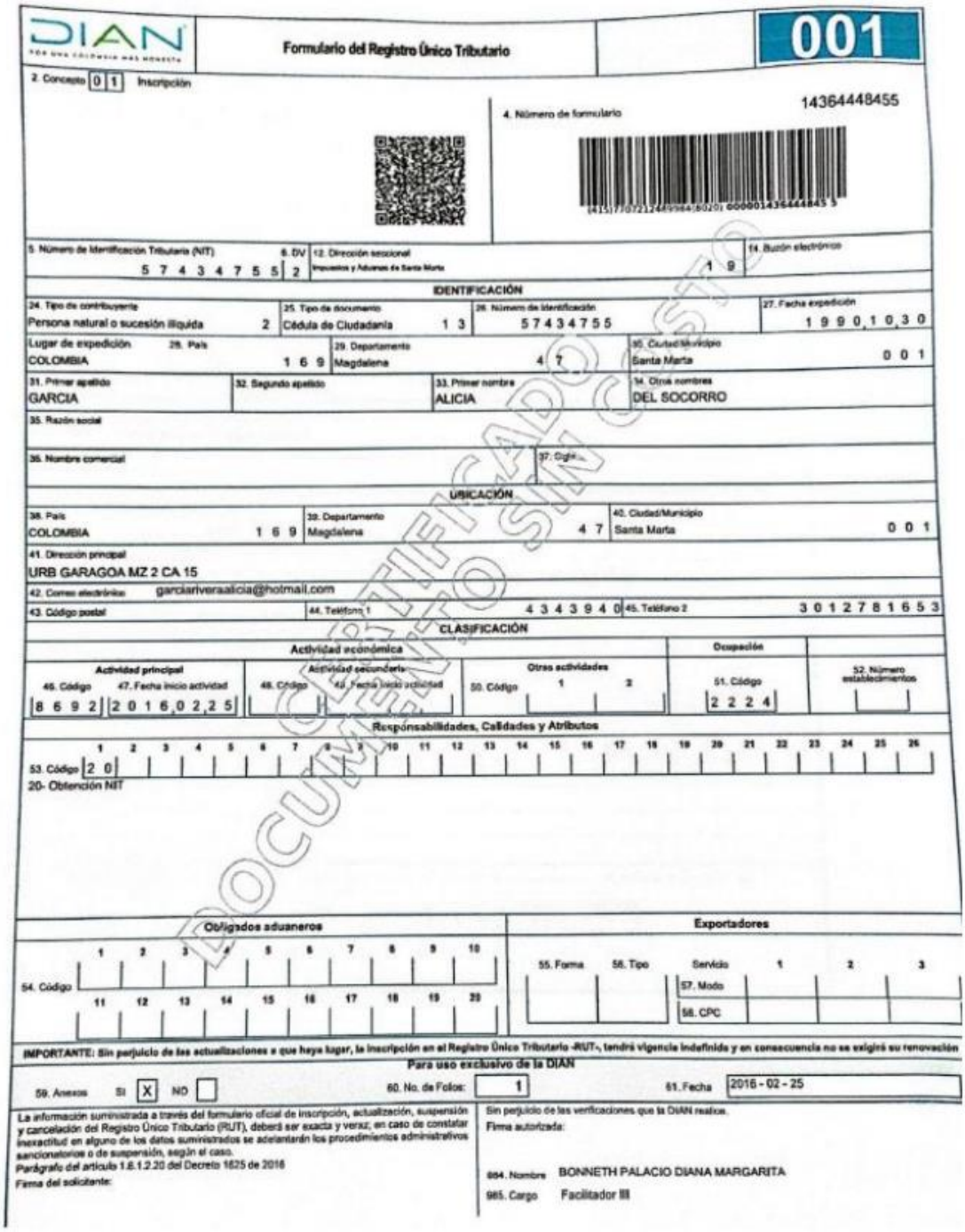
Cordialmente.

Alicia Garcia

ALICIA DEL SOCORRO GARCIA

CC.57.434.755 expedida en santa marta

Cel:3012781653



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14364448455

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 57434755 | 6. DV: 2

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta: 19

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida: 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía: 13

26. Número de identificación: 57434755

27. Fecha expedición: 1990/10/30

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 169

29. Departamento: Magdalena: 47

30. Ciudad/Municipio: Santa Marta: 001

31. Primer apellido: GARCIA

32. Segundo apellido:

33. Primer nombre: ALICIA

34. Otros nombres: DEL SOCORRO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA: 169

39. Departamento: Magdalena: 47

40. Ciudad/Municipio: Santa Marta: 001

41. Dirección principal: URB GARAGOA MZ 2 CA 15

42. Correo electrónico: garciariveraalicia@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 4343940

45. Teléfono 2: 3012781653

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8692 | 47. Fecha inicio actividad: 2016/02/25

Actividad secundaria — 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades — 50. Código: 1: | 2:

Ocupación — 51. Código: 2224

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:

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 [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2016 - 02 - 25

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: BONNETH PALACIO DIANA MARGARITA

985. Cargo: Facilitador III

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Garcia		Alicia Del Socorro

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57434755

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 17 MES 02 AÑO 2017

PAÍS: Colombia

DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Urb. Gaviota MZ 2C-15

PAÍS: Colombia DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

TELÉFONO: 3042786563 EMAIL: garciaalicia@

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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

MES 08 AÑO 2016

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER). **DOC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	# TERMINACIÓN MES	# TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		Enfermera	08	2016	57434755

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
H.U.J.M.B	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	talentohumano@hujmb.c

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4346762	DÍA 01 MES 08 AÑO 2020	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	hospitalizacion, UCI, urge	Kr. 14 # 23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
clinica de fracturas Tayrona		✓	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	ipsclinicadefracturastayrona@

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3106211422	DÍA 17 MES 03 AÑO 2018	DÍA 29 MES 07 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	Urgencias, Cirugia, hosp	Av Libertador Cra 24 # 18

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
IPS San Francisco de Asis		✓	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	Talentohumano.sanfrancisco

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3006817076	DÍA 01 MES 06 AÑO 2017	DÍA 30 MES 11 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	hospitalizacion	Av Ferrocarril # 01-10

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica de la Mujer		✓	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	Clinicadelamujer@gmail

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4204589	DÍA 04 MES 04 AÑO 2006	DÍA 27 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermeria	UCI, cirugia, hospitaliza	Calle 22 Nº 16-23

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS 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	2	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 8-02-2023

Alicia García

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

Acta de Grado

República de Colombia

Instituto Magdalena

De Santa Marta - Magdalena

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 15109 del 9 de Octubre de 1.984

En la ciudad de Santa Marta a los 4 días del mes de Diciembre año de 1.990 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Colegio Nacionalizado Instituto Magdalena Santa Marta Jornada Diurna modalidad Bachiller Comercial institución aprobada mediante Visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Comercial según Resolución(es) Número(s) 15109 de octubre 9 de 1.984

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 comercial al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE
91	GARCIA ALICIA DEL SOCORRO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I.# 07899 de Santa Marta

Es fiel copia sacada del Acta original No. 008 de fecha Diciembre 4 de 1.990 que consta de 96 alumnos graduados, comenza con el nombre de Amador Mercado Linda Rosa y se cierra con el nombre de García Alicia del Socorro

Firmado y sellado por Carmen Castro Meza (Rector) y Carmen Escobar Granados (Secretario)

Dada en Santa Marta a los 14 días del mes de Diciembre de 1.9 90

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.

Firmado y Sellado

El Rector o Director(a)

Carmen Castro Meza
c.c.No. 32.4[illegible].368 de Medellín

El Secretario(a)

Carmen Escobar Granados
c.c.No. 36.522.202 de Santa Marta

DIPLOMA No.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

En atención a que

ALICIA DEL SOCORRO GARCIA

con cédula de ciudadanía No. 57.430.755 de Santa Marta.
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 5 de Agosto de 2016

Director(a) Sede

Rector(a)

Secretario(a) General

Folio No. 188 Libro de Registros No. 8 Registro No. 18317 Refrendado en Santa Marta el día 19 de Julio de 2016

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Acta Individual de Graduación No. 21

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA DE GRADO: 5 DE AGOSTO DE 2016.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que ALICIA DEL SOCORRO GARCIA
con cédula de ciudadanía No 57.434.755 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 12 en sesión del día 4 de agosto de 2016.

Para constancia se cinan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Sede,
Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDÓN RANGEL

Director(a) de sede: ADRIANA SANTARELLI FRANCO

Decano(a) Facultad: HAIDY ROCIO OVIEDO CORDOBA

Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 5 DE AGOSTO DE 2016.

Gloria Patricia Rave I.
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

004022

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **ALICIA DEL SOCORRO GARCIA** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.434.755, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

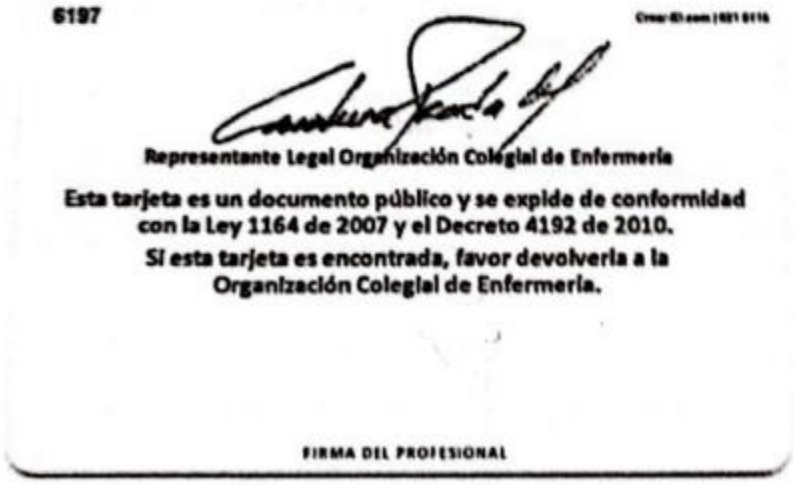
El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

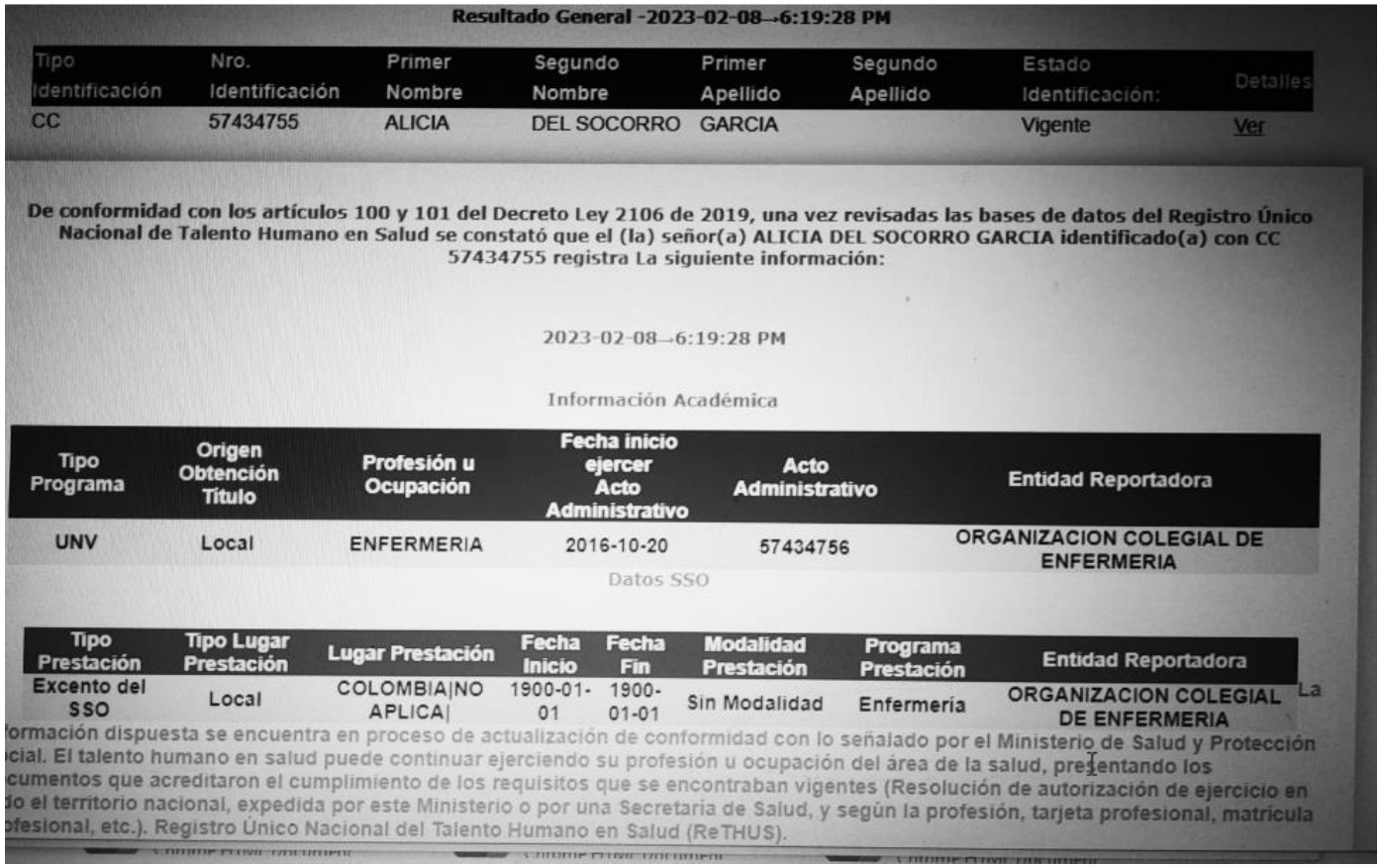
Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria


TODOS POR UN NUEVO PAÍS
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
ENFERMERA
ALICIA DEL SOCORRO GARCIA
C.C. 57.434.755
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Santa Marta
2016-08-05
2016-10-20


6197
Representante Legal Organización Colegial de Enfermería
Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
FIRMA DEL PROFESIONAL



Resultado General -2023-02-08→6:19:28 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57434755	ALICIA	DEL SOCORRO	GARCIA		Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ALICIA DEL SOCORRO GARCIA identificado(a) con CC 57434755 registra La siguiente información:

2023-02-08→6:19:28 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2016-10-20	57434756	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Excento del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

Reg. EN02295593-2020

CERTIFICA QUE:

ALICIA DEL SOCORRO GARCIA

C.C. N° 57434755

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 25 NOVIEMBRE DEL 2019. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 05 DE NOVIEMBRE 2020.

CARLOS A. RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Alicia del Socorro García

CC 57434755 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-09
Fecha de vencimiento: 2024-12-09

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

VG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
ÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Alicia del Socorro García

CC 57434755 de Santa Marta

:alizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-03
Fecha de vencimiento: 2024-12-03

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

IG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
ÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Alicia del Socorro García

CC 57434755 de Santa Marta

zó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-07
Fecha de vencimiento: 2024-12-07

NG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirección: CALLE 19 No. 3-68 p 12 Ca 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443051
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SANTAMARTA	**DIRECCIÓN**	Calle 22 N° 14 - 70 Sala 7 Centro Medico Perlas del Caribe
TELÉFONO	421 4644 - 421 6515	**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-07-27	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	ALICIA DEL SOCORRO GARCIA			Identificación CC	Nro 57434755
Fecha de Nacimiento	1972-02-17	**Edad**	45	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/SANTAMARTA				
Cargo	ENFERMERA				
Fecha Ingreso	2020-07-27 11:36:04	**Fecha Salida**	2020-07-27 11:37:33		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI Observaciones: DIETA Y EJERCICIO SUPERVISADO
VALORACION EPS	SI Observaciones: NUTRICION
OTRAS:	NO PRESENTA

CONTROLES

titulo	
CARDIOVASCULAR	SI
OTROS	NO PRESENTA

Isabel Jaraba Sarmiento

ISABEL JARABA	ALICIA DEL SOCORRO GARCIA
RM: 39671535	CC 57434755
Firma y sello del médico	Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalizació contrato. Artículo 62 CST.

CLINICA DE LA MUJER
APASIONADOS POR EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA DE LA CLINICA DE LA MUJER S.A.

CERTIFICA

Que la Señora **ALICIA DEL SOCORRO GARCIA,** identificada con la cédula de ciudadanía **No. 57.434.755**, estuvo vinculada a esta empresa con contrato a término indefinido desde el 01 de octubre de 2005 hasta el 27 de diciembre de 2014. Desempeñando el cargo de **Auxiliar de Enfermería.**

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada, y se firma a los treinta y un (31) días del mes de Diciembre de 2014.

CLINICA DE LA MUJER S.A
NIT. 819.000.394-7
GESTIÓN HUMANA

ANGELICA LOZANO CEDEÑO
Directora de Gestión Humana

Calle 22 No. 21-16 Teléfonos: 420 46 30 / 420 46 31 / 4204089 Fax: 434 95 10
SANTA MARTA – COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

TAYRONA
CLINICA DE FRACTURAS

COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Santa Marta D.T.C.H, Septiembre 19 de 2018

LA CLINICA DE FRACTURAS TAYRONA IPS S.A.S
CERTIFICA:

Que la señora **ALICIA DEL SOCORRO GARCIA**, identificada con cédula de ciudadanía **N° 57.434.755** expedida en Santa Marta, Magdalena; labora en nuestra empresa como **ENFERMERA JEFE**, desde el 27 de marzo de 2018 hasta la fecha, con un contrato a término fijo, devengando un salario mensual de $ 1.100.000.oo (un millón cien mil pesos m.l), mas recargo nocturno, dominicales y subsidio de transporte.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada a los diecinueve (19) días del mes de Septiembre de 2018.

SIRLY RODRIGUEZ
Director Administrativo

TAYRONA IPS S.A.S. Shirly Rodriguez V. Director Administrativo

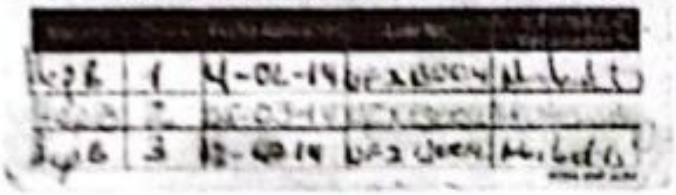
NIT 900.553.752-8
Dir. Calle 18B N| 24 - 14 Barrio Libertador
Tels. 422 84 42 - 420 83 13 - 421 92 79

Certificado de Vacunación

Clínica de la Mujer

Alicia García

5443475





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	2023-02-17 16:28

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALICIA	DEL SOCORRO	GARCIA	

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	57434755

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	ALGARROBO

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
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 último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$31.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$31.200.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$300,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [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:

mutualser

Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **GARCIA ALICIA DEL SOCORRO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **57434755** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**VIVA 1A IPS SA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**01/06/2020**

La presente certificacion se expide a solicitud del (de la) interesado (a) AQUIEN INTERESE el 17 de febrero de 2023. Esta es reflejo de la informacion registrada en nuestro sistema de información hoy

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ALICIA DEL SOCORRO GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.434.755**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ALICIA DEL SOCORRO GARCIA** con **CC** No. **57434755**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2023 **Fecha fin de Contrato:** 28/02/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** ENFERMERA(O) **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012511262.

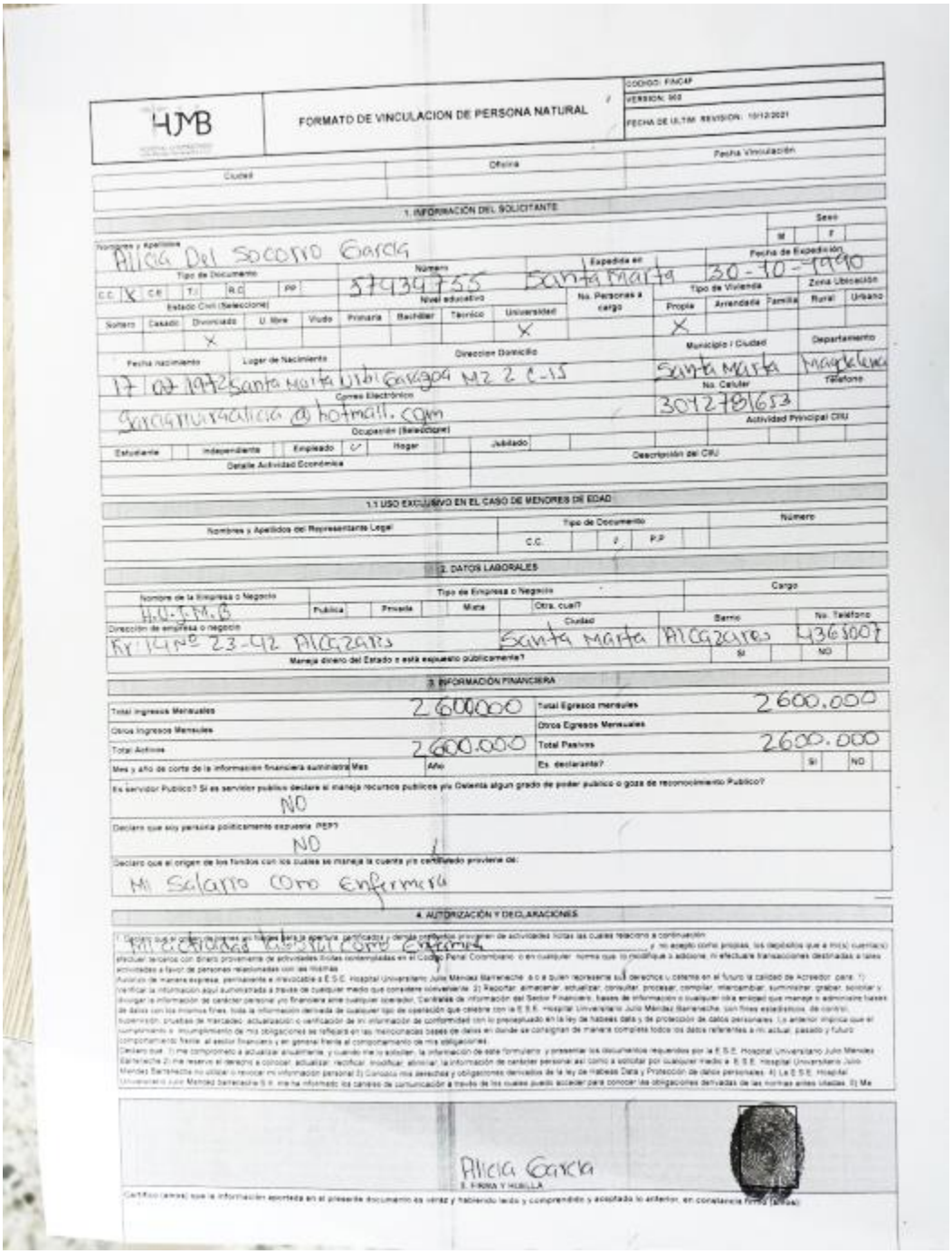
Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06



HJMB

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FINCAP
VERSION: 003
FECHA DE ULTIM. REVISION: 10/12/2021

Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Alicia Del Socorro Garcia
Sexo: M | F
Tipo de Documento: CC X | CE | TI | RC | PP
Número: 57434755
Expedida en: Santa Marta
Fecha de Expedición: 30-10-1990
Estado Civil (Seleccione): Soltero | Casado | Divorciado X | U. libre | Viudo
Nivel educativo: Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad X
No. Personas a cargo
Tipo de Vivienda: Propia X | Arrendada | Familiar
Zona Ubicación: Rural | Urbano
Fecha nacimiento: 17 07 1972
Lugar de Nacimiento: Santa Marta
Dirección Domicilio: Urb. Garagoa Mz 2 C-15
Municipio / Ciudad: Santa Marta
Departamento: Magdalena
Correo Electrónico: Garciaenfermeria@hotmail.com
No. Celular: 3012781653
Teléfono
Ocupación (Seleccione): Estudiante | Independiente | Empleado ✓ | Hogar | Jubilado
Actividad Principal CIIU
Detalle Actividad Económica
Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal
Tipo de Documento: C.C. | T.I. | P.P.
Número

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio: H.U.J.M.B
Tipo de Empresa o Negocio: Pública | Privada | Mixta | Otra, cual?
Cargo
Dirección de empresa o negocio: Kr 14 Nº 23-42
Ciudad: Santa Marta
Barrio: Alcazares
No. Teléfono: 4369007
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI | NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 2600000
Total Egresos mensules: 2600.000
Otros Ingresos Mensuales
Otros Egresos Mensuales
Total Activos: 2600.000
Total Pasivos: 2600.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes | Año
Es declarante? SI | NO

Es servidor Publico? Si es servidor publico declara si maneja recursos publicos y/o Detenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
NO

Declara que soy persona politicamente expuesta (PEP)
NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o contrato proviene de:
Mi Salario Como Enfermera

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

Alicia Garcia
E. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos)