REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.401.101

JIMENEZ VITOLA

APELLIDOS

ROSA CASIMIRA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 07-ABR-1963

FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,57 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

31-AGO-1981 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00650608-F-0057401101-20141205 0041706397A 2 4693013732

D.T.C.H SANTA MARTA JUNIO DEL 2023

Doctor

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Ciudad

Cordial Saludo

A solicitud de su respetada institución yo Rosa Cosmira Jimenez Utrilla identificado con C.C No. 57.401.101 de Sucre le solicito a usted dejarme ingresar como Aux de Enfermeria dentro del área de Asistencial espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

Rosa Cosmira Jimenez Utrilla

C.C 57.401.101 de Sucre

Powered by CamScanner

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57401101**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57401101	JIMENEZ	VITOLA	ROSA	CASIMIRA	01/09/21

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Rosa Casimira Jimenez Tirado identificado con C.C./C.E./P.P No. 57401.101 expedida en Plato, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

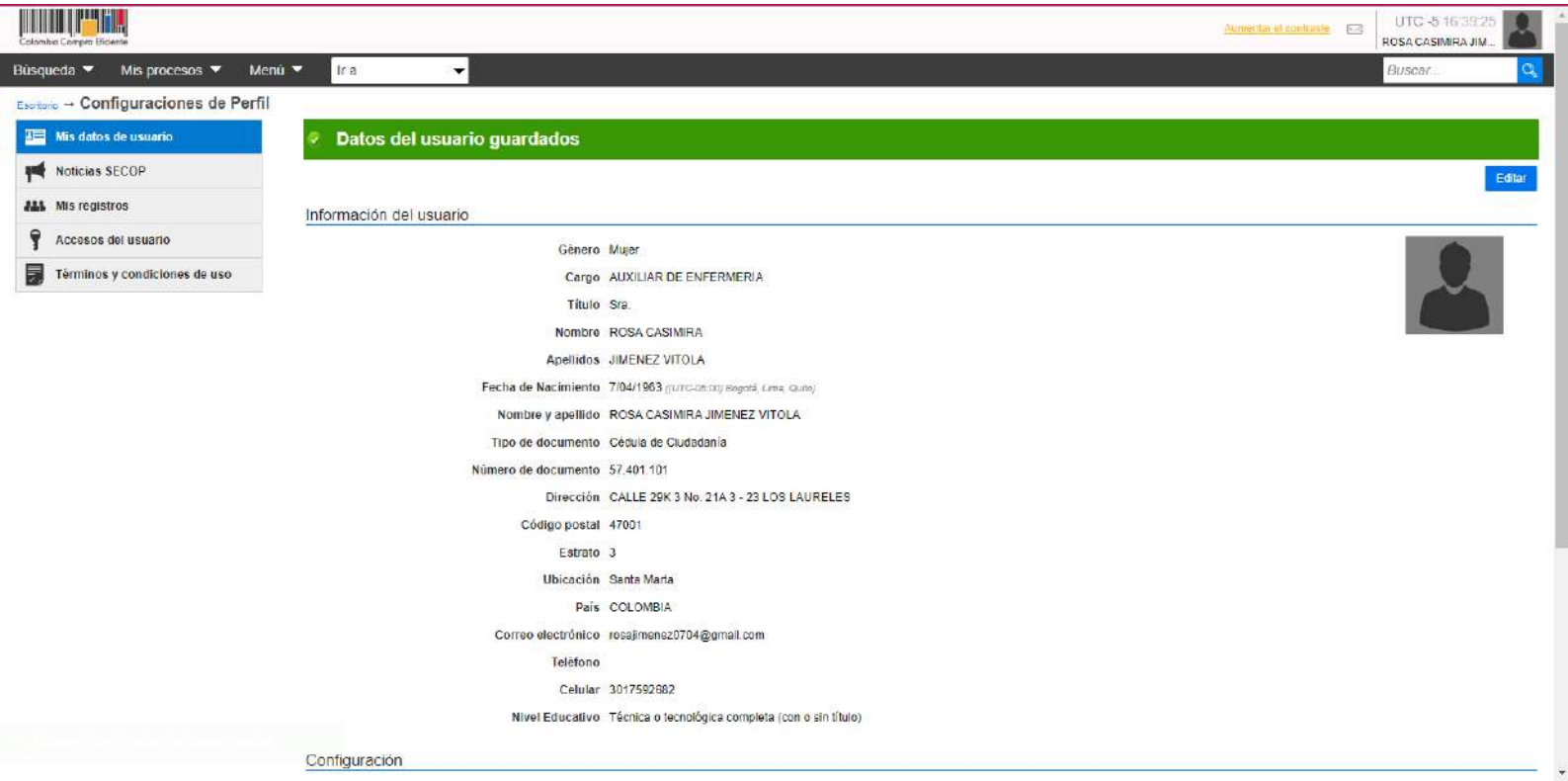
Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 06 del mes de Junio de 2023.

Firma
Nombre Rosa Casimira Jimenez Tirado
Cédula 57.401.101

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner


Colombia Compra Eficiente
Acuerdas el contraste
UTC -5 16:39:25
ROSA CASIMIRA JIM...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Datos del usuario guardados
Editar
Información del usuario
Género Mujer
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título Sra.
Nombre ROSA CASIMIRA
Apellidos JIMENEZ VITOLA
Fecha de Nacimiento 7/04/1963 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 57.401.101
Dirección CALLE 29K 3 No. 21A 3 - 23 LOS LAURELES
Código postal 47001
Estrato 3
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico rosajimenez20704@gmail.com
Teléfono
Celular 3017592882
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Configuración

D.T.C.H SANTA MARTA JUNIO DEL 2023

Doctor

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Ciudad

Cordial Saludo

A solicitud de su respetada institución yo Rosa Cosmira Jimenez Utrilla identificado con C.C No. 57.401.101 de Sucre le solicito a usted dejarme ingresar como Aux de Enfermeria dentro del área de Asistencial espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

Rosa Cosmira Jimenez Utrilla

C.C 57.401.101 de Sucre

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14872843452

(415)7707212489984(8020) 000001487284345 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 0 1 1 0 1	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	57401101	1 9 8 1 0 8 3 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Fundación 2 8 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JIMENEZ	VITOLA	ROSA	CASIMIRA

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 29 K 3 21 A 3 23 BRR LOS LAURELES

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
rosajimenez0704@gmail.com		3 0 1 7 5 6 2 6 8 6	

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 2	2 0 1 1 1 0 2 1	8 2 9 9	2 0 0 8 1 0 0 1				

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

Obligados aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 2022 - 10 - 24 / 09 : 08: 57

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 MIRANDA ARGUMEDO CARLOS IGNACIO
985. Cargo Gestor III

Fecha generación documento PDF: 24-10-2022 09:09:06AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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
Jiménez	Vitola	Rosa Casimira

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57401101 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 07 MES 04 AÑO 1963

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: FUNDACIÓN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 29 K 21 A 3 -23 casa laureles

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3017592682 EMAIL: rosajimenez0704@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	12	AÑO	1983
										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	4	X			12	1996	696

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AREA DE PSIQUIATRIA	- CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	07	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA		CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	CARRERA 14 N 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FERNANDO TROCONIS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	02	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2013

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	CARRERA 14 N 23 42

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	1

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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

ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia
Departamento del Magdalena

Servicio Seccional de Salud
Magdalena
Reconócese este Título para todos los efectos legales.
Santa Marta, D. E. 21-VII-97
Resolución No. 0098
DIRECTOR

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena

y en su nombre,

El Centro de Educación en Salud del Magdalena

"C.e.s.m.a.y" Gabriel Angulo

Certifica que:

Rosa Carmina Jiménez Vitola

Titular de la C.C. 57.101.191 expedida en Fundación

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de Salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

Auxiliar de Farmacia

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Director de C.E.S.M.A.G

P/

Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Secretaria Académica

Santa Marta, Dic. 21-96



El Instituto Colombiano

de Fundacion Magdalena

Autorizado por el Ministerio de Educacion Nacional

Resolucion No. 20 de 24 de [illegible] de 1983

Confiere el

Bachiller Académico

[illegible]

[illegible]

Rector

[illegible]

Secretario

Fecha [illegible]

Acuerdo No. 212 de [illegible]

Registro [illegible]

Jefe de Educacion Media

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg. EN02295639-2020

CERTIFICA QUE:

ROSA CASIMIRA JIMÉNEZ VITOLA

C.C. N° 57401101

ASISTIÓ AL CURSO TALLER DE:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

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. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE OCHO (08) HORAS ACADEMICAS.

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

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

CARLOS A. RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE –ENTHA LTDA

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

Certifican que:

Rosa Jimenez Ospina

Participó en el I Taller de Actualización del Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud "MIAS" el 20 de mayo de 2016 con una intensidad de 4 horas

Ediltrudis Ramos
Directora Programa de Enfermería

Aura Daza
Coordinadora Área de Enfermería

Universidad del Magdalena

CAPACITACIÓN "ACTUALIZACIÓN DE CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL"

Certifica que:

Rosa Jiménez

Ha participado en calidad de asistente en la CAPACITACION ACTUALIZACION DE CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL con una intensidad de 24 horas, que se llevó a cabo del 3 al 29 de noviembre de 2015 en el hospital Fernando Troconis, Santa Marta D.T.C.H.- Colombia.

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ
Directora del programa de Enfermería
Universidad del Magdalena

TATIANA GONZALES NOGUERA
Docente asociada Universidad del Magdalena

REPUBLICA DE COLOMBIA

541

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO [illegible] DE 19___

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus atribuciones legales y especialmente, en las conferidas en los Decretos, y Leyes 056 de 1975, 121 de 1976 y la Resolución 08211 del 15 de junio de 1989 y,

CONSIDERANDO

Que ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA, identificada con la Cédula de Ciudadanía No57.401.101 expedida en Fundación (Magdalena), ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó el CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO de Santa Marta, el 27 de Diciembre de 1996.

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscríbase en la Oficina de Control de Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA, para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 21 [illegible] 1997

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud del
Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos
y Alimentos

Claudia Lourdes C
CUP 26122018

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



REGISTRO NO. 696

NOMBRE: ROSA JIMENEZ VITOLA

C. C. NO. 57.401.101

EXPEDIDA EN: FUNDACION

TITULO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

Cambiar
1837

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-05-15→9:57:37 AM -2023-05-15→10:18:31 AM -2023-05-15→10:32:01 AM -2023-05-15→10:46:26 AM -2023-05-15→10:59:54 AM -2023-05-15→11:17:48 AM -2023-05-15→12:24:01 PM -2023-05-15→12:52:31 PM -2023-05-15→1:10:02 PM -2023-05-15→1:20:33 PM -2023-05-15→1:29:18 PM -2023-05-15→1:38:24 PM -2023-05-15→1:46:59 PM -2023-05-15→1:59:14 PM -2023-05-15→2:09:31 PM -2023-05-15→2:22:04 PM -2023-05-15→2:29:58 PM -2023-05-15→2:37:45 PM -2023-05-15→2:50:10 PM -2023-05-15→3:02:15 PM -2023-05-15→3:19:03 PM -2023-05-15→3:28:24 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57401101	ROSA	CASIMIRA	JIMENEZ	VITOLA	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) ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA identificado(a) con CC 57401101 registra La siguiente información:

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1997-01-21	98	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 continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

CIES

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA

Cedula de Ciudadanía N° 57.401.101

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: 40 HORAS

Otorgado el 10 de Octubre del 2020

Firma y RUN del Instructor
Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 81920

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Código de verificación: AVVS201025-1326

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA

Cedula de Ciudadanía N° 57.401.101

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Lineamientos de las guías AHA 2020

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Santa Marta el 5 de Diciembre del 2021

Firma y RUN del Instructor

Mayra Jimeno Villar
Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Validez 2 Años

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo: gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 324-300-3509

Código de Verificación: CSVBR211127-1238

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA

Cedula de Ciudadanía N° 57.401.101

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Lineamientos de las guías AHA 2020

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Santa Marta el 5 de Diciembre del 2021

Firma y RUN del Instructor

Mayra Jamibe Villar
Enfermera U. Simon Bolivar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Validez 2 Años

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código. por medio de solicitud al correo:
gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 324-300-3509
Código de Verificación: CSVCA21503-1514

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

MALTÉS CCN

CENTRO DE CAPACITACIÓN NACIONAL

Centro de entrenamiento en Emergencias, Urgencias y rescate bajo la Ley general de Educación 115 de 1994 de acuerdo al decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educaciòn Nacional

CERTIFICA QUE:

Rosa Casimira Jiménez vitola

C.C. 57401101

Cursò y cumplió satisfactoriamente cumpliendo con los objetivos del curso de:

Manejo del dolor en

CUIDADOS PALIATIVOS

El curso sigue los lineamientos del ABECÉ en Cuidados Paliativos aportadas por Ministerio de Salud y Protección Social , y la National Institute/ of NursingResearch cumpliendo con la Normativa Ley 1733 de 2014 Ley Consuelo Devis Saavedra

Con una intensidad de 20 horas entregado en Bogotá el 09 de Junio 2023

Renovar el 10 de Junio de 2025

Tatiana Martinez.

TATIANA MARTINEZ
Coordinadora
Nacional Maltés CCN

JORGE ISAAC ALVAREZ
Dirección de Capacitaciones
Instructor certificado ACES internacional
AR-1/2019-2029

CENTRO DE CAPACITACIÓN MALTÉS CCN INTERNACIONAL

Confirmación de certificados validaciones@maltesccn.com **www.maltesccn.com**

MALTÉS CCN

CENTRO DE CAPACITACIÓN NACIONAL

Centro de entrenamiento en Emergencias, Urgencias y rescate bajo la Ley general de Educación 115 de 1994 de acuerdo al decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educaciòn Nacional

CERTIFICA QUE:

Rosa Casimira Jiménez Vitola

C.C. 57401101

Asistió y cumplió satisfactoriamente los objetivos del curso de

ACOMPAÑAMIENTO Y ELBORACIÓN EN LA

GESTIÓN DEL DUELO

El curso sigue los lineamientos del manual para la formación de salud mental y de Atención en Salud Mental aportadas por Ministerio de la Protección Social y el Viceministerio de Salud y Bienestar, cumpliendo con la resolución 3100 de noviembre de 19 del Ministerio de salud y protección social

Con una intensidad de 20 horas entregado en Bogotá el 09 de Junio 2023

Renovar el 10 de Junio de 2025

Tatiana Martinez.

TATIANA MARTINEZ
Coordinadora
Nacional Maltés CCN

JORGE ISAAC ALVAREZ
Dirección de Capacitaciones
Instructor certificado ACES internacional
AR-1/2019-2029

CENTRO DE CAPACITACIÓN MALTÉS CCN INTERNACIONAL

Confirmación de certificados validaciones@maltesccn.com www.maltesccn.com

MALTÉS CCN

CENTRO DE CAPACITACIÓN NACIONAL

Centro de entrenamiento en Emergencias, Urgencias y rescate bajo la Ley general de Educación 115 de 1994 de acuerdo al decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educaciòn Nacional

CERTIFICA QUE:

Rosa Casimira Jiménez vitola

C.C. 57401101

Asistió y cumplió satisfactoriamente los objetivos del curso de

CUIDADO DEL DONANTE

Este curso sigue los lineamientos de la LEY 1805 DEL 04 DE AGOSTO DE 2016, y las normas mundiales para la imparticion cumpliendo con lo exigido en la resolución 3100 de 2019 con la iscripción en e Instituto nacional de salud

Con una intensidad de 40 horas entregado en Bogotá el 09 de Junio de 2023

Renovar el 10 de Junio de 2025

Tatiana Martinez.

TATIANA MARTINEZ
Coordinadora
Nacional Maltés CCN

JORGE ISAAC ALVAREZ
Dirección de Capacitaciones
Instructor certificado ACES internacional
AR-1/2019-2029

CENTRO DE CAPACITACIÓN MALTÉS CCN INTERNACIONAL

Confirmación de certificados validaciones@maltesccn.com www.maltesccn.com

MALTÉS CCN

CENTRO DE CAPACITACIÓN NACIONAL

Centro de entrenamiento en Emergencias, Urgencias y rescate bajo la Ley general de Educación 115 de 1994 de acuerdo al decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educaciòn Nacional

CERTIFICA QUE:

Rosa Casimira Jiménez Vitola

C.C. 57401101

Cursò y cumplió satisfactoriamente cumpliendo con los objetivos del curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Siguiendo los lineamientos del acuerdo a la normativa vigente Decreto 1033 de 2014 – 29 de mayo la Resolución 4568 de 2014 y la Circular externa 008 de 2017 en Colombia

Con una intensidad de 20 horas entregado el 09 de Junio de 2023

Renovar el 10 de Junio de 2025

Tatiana Martinez.

TATIANA MARTINEZ
Coordinadora
Nacional Maltés CCN

JORGE ISAAC ALVAREZ
Dirección de Capacitaciones
Instructor certificado ACES internacional
AR-1/2019-2029

CENTRO DE CAPACITACIÓN MALTÉS CCN INTERNACIONAL

Confirmación de certificados validaciones@maltesccn.com **www.maltesccn.com**

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 15/Dic/2022, **Hora:** 11:18:52 a.m.
Apellido: Jimenez Vitola **Nombre:** Rosa Casimira
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 57401101
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Cra 21k3 No 23-21 Laureles
Telefono: **Celular:** 3017592682 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 81 Kg **Estatura:** 160 Cm **IMC:** 31.6 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Nueva Eps **ARL:** Positiva **AFP:** Proteccion

HC: # 75648
Edad: 59 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 07/Abr/1963
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Dieta
Ejercicio Regular
Valoracion Nutricional
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

.

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Rosa Casimira Jimenez Vitola
CC 57401101

Huella Digital

Powered by CamScanner

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

Conservelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jose Gustavo

Apellidos: Jimenez Velez

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 57401101

Fecha de Nacimiento: Día 07 Mes 04 Año 1963

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	26/6/19	22152151	HSuey
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	09-07-19	1DF151600	
	2	10-09-19	03222028	
	3	11-13-19	63202885	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	26/9/19	23461	Suey
Contra Influenza	V	26/8/19	T3093	Suey
Virus de Papiloma Humano				

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	2023-02-15 13:19

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROSA	CASIMIRA	JIMENEZ	VITOLA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57401101

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	HUJMB

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	

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	$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

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:

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA**; identificado(a) con **CC** número **57401101**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **30/12/2011**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **2** días del mes **6** del año **2023**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA, identificado(a) con Documento No. 57,401,101, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Ago.27/20	DEVOLUCION_SALDOS	$105,528.00
Ago.19/20	DEVOLUCION_SALDOS	$740,360.00
Abr.17/20	DEVOLUCION_SALDOS	$10,574,084.00

Así las cosas el(la) Señor(a) ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 10 días del mes de Septiembre de 2020.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Escaneado con CamScanner

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 **ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA** con **CC** No. **57401101**, 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:** 01/06/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/08/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA **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): 202301016138911.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de junio 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 HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

ROSA CASIMIRA JIMENEZ VITOLA	Sexo			
	F	X		

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		57 401 101	FUNDACION MAGDALENA	31/08/1981

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X						X		1	X				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
7	4	1963	FUNDACION MAGD	CALLE 19 NO 21 A 23 URB LOS LAURELES	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
rosajimenez0704@gmail.com	3017592682	

Ocupación (Selecoione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado		8	6	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICA CON INTERNACION

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
E.S.E HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
KRA 14 #23-12	SANTA MARTA	ALCACERES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1,800,000	Total Egresos mensules	1,800,000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SALARIO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de Información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.

5. 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):

Powered by CamScanner