| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E. | **LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL** | CODIGO: GJC16F<br>VERSION: 05<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023<br>PAGINA 1 de 1 |

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO, Identificado con Cédula No. 57.290.321 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **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:** SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | | |
| 3 | Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión) | | |
| 4 | Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php | | |
| 5 | Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | | |
| 6 | Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo) | | |
| 7 | Propuesta de Servicios | | |
| 8 | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | |
| 9 | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | |
| 10 | RUT - Registro Único Tributario | | |
| 11 | Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II) | | |
| 12 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**) | | |
| 13 | Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**). | | |
| 14 | Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | |
| 15 | Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**) | | |
| 16 | Tarjeta Profesional | | |
| 17 | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | | |
| 18 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | | |
| 19 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**). | | |
| 20 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 21 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 22 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 23 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 24 | Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | |
| 25 | 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*. | | |
| 26 | 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*) | | |
| 27 | 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.* | | |
| 28 | 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***). | | |
| 29 | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 30 | 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)** | | |
| 31 | Soporte de experiencia laboral. | | |
| 32 | Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial) | | |
| 33 | 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**) | | |
| 34 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | | |
| 35 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | | |
| 36 | Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx | | |

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **57.290.321**

**JIMENEZ FONTALVO**

APELLIDOS

**SIRLY YOJANA**

NOMBRES

Shirly Jimenez F.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-1981**

**CERRO DE SAN ANTONIO**
**(MAGDALENA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65** ESTATURA

**A+** G.S. RH

**F** SEXO

**20-DIC-2000 SANTA MARTA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-00980154-F-0057290321-20180219 0059559648A 1 9903411234

Scanned with CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57290321**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 57290321 | JIMENEZ | FONTALVO | SIRLY | YOJANA | 2022-06-20, 4:27 pm |

Scanned with CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| HUJMB | **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS** | CODIGO: GJC18F<br>VERSION: 01<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023<br>PAGINA 1 de 1 |

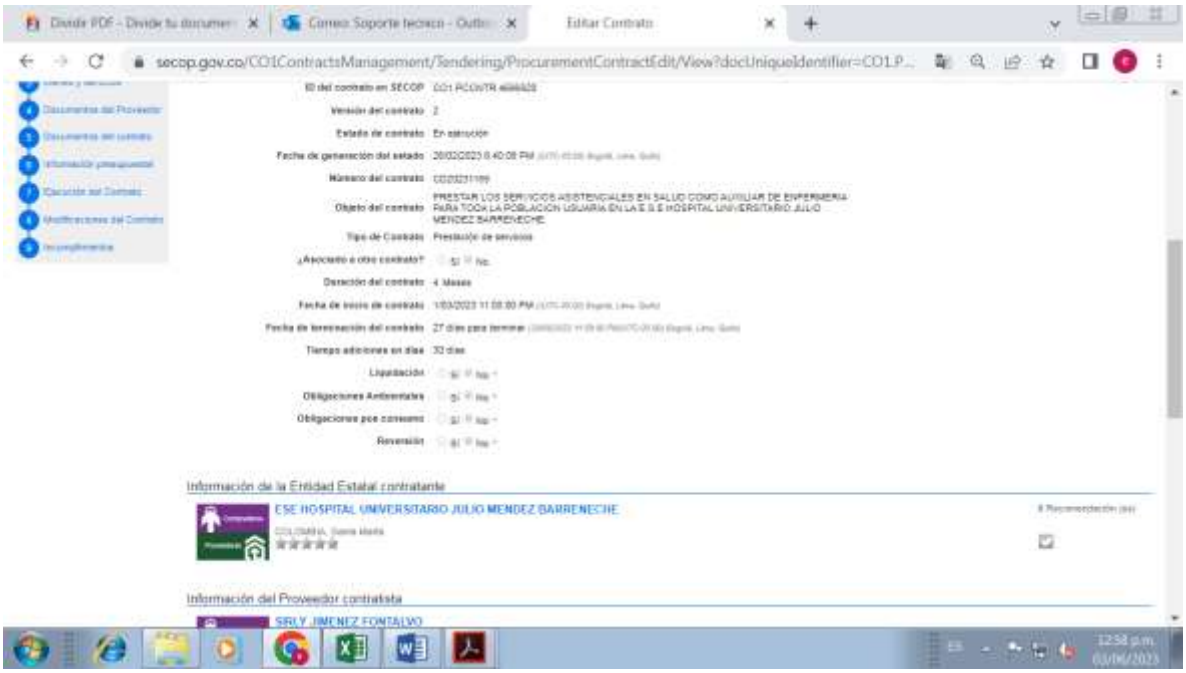
El(la) suscrito(a) SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.290.321 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. 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 03 del mes de Junio de 2023.

Firma SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO
Nombre SIRLY YOJANA JIMÉNEZ FONTALVO
Cédula 57.290.321

COPIA CONTROLADA


Editar Contrato
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.P...
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
Id del contrato en SECOP
Versión del contrato 2
Estado de contrato En ejecución
Fecha de generación del estado
Número del contrato
Objeto del contrato PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Tipo de Contrato Prestación de servicios
¿Asociado a otro contrato?
Duración del contrato 4 Meses
Fecha de inicio de contrato
Fecha de terminación del contrato 27 días para terminar
Tiempo adicional en días 30 días
Liquidación
Obligaciones Ambientales
Obligaciones pos consumo
Reversión
Información de la Entidad Estatal contratante
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Información del Proveedor contratista
SIRLY JIMENEZ FONTALVO

**Santa Marta 2023**

**Dr.**
**GERMAN GAVIRIA VARGAS**
**Gerente**
**HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**

**REF: PROPUESTA DE SERVICIOS**

Yo SHIRLEY YOJANA JIMENEZ FONTALVO, Identificada con Cedula de Ciudadanía No 57.290.321 de Santa Marta, ofrezco mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA, lo hago en mis conocimientos Basado en mis años de experiencia laboral, espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo Dentro de la empresa.

Atte.

Shirly Jimenez f.
SHIRLEY YOJANA JIMENEZ FONTALVO
CC 57.290.321

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2 Concepto 0 2 Actualización

4 Número de formulario **14728721178**

(415)7707212489984(8020) 000014728721178

5 Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 7 2 9 0 3 2 1 — 6 DV 1

12 Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9

14 Buzón electrónico

## 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 | 5 7 2 9 0 3 2 1 | 2 0 0 0 1 2 2 0 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| JIMENEZ | FONTALVO | SIRLY | YOJANA |

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 FUNDADORES 59 B 18

42 Correo electrónico: shirlyjimenezf@hotmail.com

43 Código postal — 44 Teléfono 1: 3 0 0 8 8 2 1 3 4 0 — 45 Teléfono 2: 3 2 0 5 6 9 6 9 7 2

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal: 45 Código | 47 Fecha inicio actividad | Actividad secundaria: 48 Código | 49 Fecha inicio actividad | Otras actividades: 50 Código | Ocupación: 51. Código | 52 Número establecimientos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 6 9 2 | 2 0 1 3 0 7 3 1 | | | 1 2 | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53 Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

54 Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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 [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2021 - 09 - 24 / 09 : 35. 58

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: JIMENEZ FONTALVO SIRLY YOJANA

985 Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 24-09-2021 09:36:40AM

DOCUMENTO CLASIFICADO SIN COSTO

Scanned with 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* |
|---|---|---|
| Jimenez | Fontalvo | Sirly Yojana |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57290321 — *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 05 MES 06 AÑO 1981

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CALLE 9 C 59 B 18 casa fundadors

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL shirlyjimenezf@hotmail.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 | | AÑO | |
| | | | | | | | | | | 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).

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| *MEDIO DE CAPACITACIÓN* | *INSTITUCIÓN* | *MODALIDAD* | *CURSO* | *TERMINACION* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | *MES* | *AÑO* |
| | | | | | |

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

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

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3008821340 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* | 2023 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 23 - CRA 14 No 23-42 ALCAZARES | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 02 | *Año* | 2019 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SERVISALUD DEL CARIBE SAS | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4212090 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* | 2017 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 23 4 27 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>FUNDACION SANTA MARTA POR EL NIÑO (FUSAM) | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3015658263 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 06 | *Año* | 2013 | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 26 4 05 | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| *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 | 5 | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 4 | 3 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 10 | 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 2023

SHARLEY JIMENEZ

*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*

LA REPÚBLICA DE
COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA:

# CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA -SS-
# "ASMEMAG"

**INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

Con Licencia de Funcionamiento segun Resolucion No. 0508 y Registro de Programa segun Resolución No. 407, emanada por la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0048 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

**CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO**

## TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

**A:** SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 57290321**

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1709 horas.

Dado en Santa Marta a los 26 días del mes de Octubre de 2012

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 2 Registro 41 del Libro de Actas 003

F-CAO-416 V.1

Scanned with CamScanner

ASMEMAG

Corporación ASMEDAS Magdalena –SS-
Nit: 900258910-0

## ACTA DE CERTIFICACION INDIVIDUAL No. 015

En la ciudad de Santa Marta, a los veintiséis (26) días del mes de Octubre del año 2012 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes del programa de AUXILIAR EN ENFERMERÍA y AUXILIAR EN SALUD ORAL, el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA – SS- "ASMEMAG"**, Institución con licencia de funcionamiento según Resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010, y Registro de Programas según Resoluciones número 407 y 0501 del 24 de Febrero de 2011 y 30 de Marzo de 2011 respetivamente, emanadas por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdos número 0048 y 0082 del 21 de Enero de 2011 y del 28 de Febrero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud. Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de Aptitud Ocupacional Por Competencias Como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** al estudiante cuyos apellidos, nombres y documento de identidad se relacionan a continuación: **JIMENEZ FONTALVO SIRLY YOJANA**, identificado(a) con documento No. **57290321.**

La anterior acta fue fechada el 26 de Octubre 2012 e inicia con los apellidos y nombres de **ARANGO MARTINEZ KARELYS MISTH** y culmina con los apellidos y nombres de **ZAMBRANO PEREZ WENDY JHOANA.**

Fue firmada por el Director **MANUEL DEL PRADO BRITO**, y la Secretaria General **MARTHA LÓPEZ GONZALEZ**

Se expide en Santa Marta D.T.C.H., a los veintiséis (26) días del mes de Octubre del año 2012.

Firmado y Sellado

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA
ASMEMAG
NIT. 900.258.910-0

**MANUEL DEL PRADO BRITO**
**Director**

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA
ASMEMAG
NIT. 900.258.910-0

**MARTHA LOPEZ GONZALEZ**
**Secretaria General**



Scanned with CamScanner

**GOBERNACION DEL MAGDALENA**
**SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD**
**DESARROLLO DE SERVICIOS**

**RESOLUCIÓN No. 47** 0723
"Por la cual se registra un título"

**LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) Señor (a) **SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 57.290.321, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por **LA CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA -SS- "ASMEMAG"** de SANTA MARTA - MAGDALENA según Acta de Certificación Individual No. 015 del día 26 de Octubre de 2012.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Autorizar a **SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 57.290.321, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 13 FEB 2013

Zandra Castañeda López

**ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ**
**Secretaria Seccional de Salud del Magdalena**

**Proyectado por: Piedad De la Hoz Orozco- Profesional Universitario**

**RESPETO POR EL MAGDALENA**

Scanned with CamScanner

**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

3418

Verificar Registro en ReTHUS  Limpiar

**Resultado General -2023-06-03→1:12:14 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 57290321 | JIMENEZ | FONTALVO | SIRLY | YOJANA | 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) JIMENEZ FONTALVO SIRLY YOJANA identificado(a) con CC 57290321 registra La siguiente información:**

**2023-06-03→1:12:14 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2015-02-13 | 723 | 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).**

Verificación:

NIT 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Sirly Jojana Jiménez Fontalvo*

## *c.c. 57290321 de Santa Marta*

Realizo y aprobo el Curso de Codigo Gris

con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2021 -09 -20

Fecha de vencimiento:2023 -09-20

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DE BIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
*NIT. 901366232-1*

Verificación:

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

# *Certifica*

# *Sirly Jojana Jiménez Fontalvo*

## *c.c. 57290321 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS)
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2021-09-24
Fecha de vencimiento: 2023-09-24

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA
NORA DE LA ESPERANZA
*NIT. 901366232-1*

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

# *Certifica*

## *Sirly Jojana Jiménez Fontalvo*

### *c.c. 57290321 de Santa Marta*

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

Fecha de emisión: 2021-09-22
Fecha de vencimiento: 2023-09-22

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

IG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA
NORA DE LA ESPERANZA
*NIT. 901366232-1*

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

# *Certifica*

# *Shirly Jojana Jiménez Fontalvo*

## *c.c. 57290321 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: 2022-03-12
Fecha de vencimiento: 2024-03-12

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

IG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Scanned with CamScanner

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*

# *Shirly Jojana Jiménez Fontalvo*

## *c.c. 57290321 de Santa Marta*

ó 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: 2022-03-10
Fecha de vencimiento: 2024-03-10

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

IG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Scanned with CamScanner

**A.I.S.O.M. LTDA.**
**ASISTENCIA INTEGRALEN MEDICINA DE TRABAJO Y SALUD**
**OCUPACIONAL NIT. 900260832 - 0**

Fecha: 30/01/2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | **SIRLY YOJANA JIMÉNEZ FONTALVO** | | Recepción: 002 |
| Edad: 41 A | Sexo: F | Identificación: 57290321 | Fecha Rcp: 30/01/2023 |
| Teléfono: | | Medico: | |
| Empresa: Particular | | | |

## INMUNOLOGÍA

***Resultado***

**V.D.R.L. SEROLOGÍA:** No Reactivo

**HEPATITIS B AG. DE SUPERFICIE:** Negativo

## MICROBIOLOGIA

**BACILOSCOPIA (B.A.A.R.)**

Muestra Estudiada**:** Esputo
**Bacilo Acido Alcohol Resistente** No se observa **(B.A.A.R.)**

**Fecha:** 30/01/2023 09:30:00
**Nombre:** **SIRLY JIMENEZ FONTALVO**
**Edad:** 41 Años
**Documento:** 57290321
**Estudio:** 871121 **RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)**
**Entidad:** AISOM LTDA

**Resultado del estudio**

Silueta cardio-aórtica de tamaño y morfología usuales.
La transparencia y la vascularización pulmonar son satisfactorias, sin evidencia de nódulos, masas o consolidaciones parenquimatosas.
Espacios pleurales libres.
Tráquea y mediastino sin alteraciones.
Estructuras óseas visualizadas de aspecto normal.

CONCLUSION:
ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES.

Cordialmente;

**DIANA PATRICIA LOPEZ GIRADO**
MEDICO RADIOLOGO
RM: 301/2002
DIGITADO POR: STHEFANNY

**CALLE 14 N° 27-11 SANTA MARTA**
**Tel. 4206401**
**http://www.imagcentroradiologico.com**

Powered by CamScanner

SHIRLY JOHANA JIMENEZ FONTALVO

# SERVISALUD DEL CARIBE.ES S.A.S.
# N.I.T. 900.435.141-2

*Calle 23 No. 4-27 Oficina 1001 Edificio Centro Ejecutivo Teléfono: 4212090*
*Santa Marta – Magdalena*

**LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA**

**CERTIFICA**

Que **SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO** Identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 57.290.321, **laboro** en esta empresa desde el primero (01) de Febrero de 2017 hasta el 30 de noviembre de 2018, en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** destacándose por ser una persona cumplidora de sus funciones.

Se expide el presente documento, de acuerdo a Ley, para los fines que el interesado crea conveniente, en Santa Marta a los dos (2) días del mes de Octubre de 2019.

Atentamente,

SERVISALUD DEL CARIBE.ES S.A.S N.I.T. 900.435.141-2

**ANGIE SERNA CARVAJAL**
**COORDINADORA ADMINISTRATIVA**

Scanned with CamScanner

SHIRLY JOHANA JIMENEZ FONTALVO

LASCIDES AVENDAÑO VENERA
CC. 85.452.655

CERTIFICO:

Que la señora SHIRLY JIMÉNEZ FONTALVO , identificada con cedula de ciudadanía No. C.C. 57.290.321 de Santa Marta (Magdalena) hace turnos como auxiliar de enfermería mediante la modalidad de ordenes de servicios de acuerdo a la necesidad de los turnos desde el año 2014 hasta la fecha con un promedio de pago de $900.000 (Novecientos Mil Pesos) por dichos turnos de acuerdo a la orden de servicio.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado a los Tres (3) días del mes de Noviembre de 2016.

LASCIDES AVENDAÑO V.
CONTADOR
T.P 44051-T

Scanned with CamScanner

Salud y bienestar
a tu alcance

Santa Marta D.T.C.H, 23 de junio de 2022

Señor (a)
**SIRLI YOJANA JIMENEZ FONTALVO**
**shirlyjimenezf@hotmail.com**

**Asunto:** Respuesta a su solicitud del 22 de junio de 2022.

**SERGIO HERNANDEZ MORENO**, actuando como Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, de manera respetuosa y dentro de los términos de ley, me permito dar respuesta sobre la petición de la contratista identificada como **SIRLI YOJANA JIMENEZ FONTALVO.**

Al respecto revisada la información contractual que reposa en la entidad la señora **SIRLI YOJANA JIMENEZ FONTALVO.** identificado con **C.C. 57.290.321**, desarrollo los contratos por prestación de servicios relacionados a continuación:

| NUMERO DE CONTRATO | FECHA DE CONTRATACION | OBJETO |
|---|---|---|
| 345 | 14/02/2019 | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA, PARA APOYAR A LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL EN EL CUIDADO BASICO INICIAL DEL PACIENTE GARANTIZANDO LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS DIFERENTES UPSS DE LA ESE ALPROREV |
| 775 | 16/04/2019 | |
| 953 | 17/06/2019 | |
| 1575 | 1/11/2019 | |
| 197 | 2/01/2020 | |
| 197-1 | 29/04/2020 | |
| 597 | 1/06/2020 | |
| 1210 | 31/07/2020 | |
| 1210-1 | 28/09/2020 | |
| 1516 | 30/10/2020 | |
| 0219 | 1/01/2021 | |
| 0593 | 1/02/2021 | |
| 0593-1 | 30/06/2021 | |
| 1283 | 1/08/2021 | |
| 150 | 01/01/2022 | Se dio por terminado de manera unilateral por parte de la entidad el 03 de junio de 2022. |

Así mismo se aclara que no existió ningún tipo de relación laboral con la peticionaria, de igual manera esta respuesta no constituye acto administrativo.

Se suscribe de usted.

**SERGIO HERNANDEZ MORENO**
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica
E.S.E. Alejandro Prospero Reverend



Scanned with CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | JUI/15/10 | 012N8022 | Marthe |
| Fiebre amarilla | Única | 21-05-19 | P3073 | |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 1 | 21-05-19 | 22150021 | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 31-05-19 | 1434034.02 | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Anti rábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Influenza | Anual | 31-05-19 | TA393 | |
| Otras | | 28/05/20 | V5022006 | |

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

*Consérvelo*

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

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.*

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: SIRLY YOJANA

Apellidos: JIMENEZ PONTALVO

Documento de identidad: C.C. / T.I. Pasaporte No. 57290321

Fecha de Nacimiento: Día. 05 Mes. 06 Año. 1981

Scanned with CamScanner

FUNCIÓN PÚBLICA

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

| Tipo de declaración | OTRO | Fecha de publicación | 2023-02-05 14:28 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| SIRLY | YOJANA | JIMENEZ | FONTALVO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 57290321 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | CONCORDIA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | CONCORDIA |
|---|---|---|---|---|---|

| 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/ uotra donde trabaje | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

Dirección: CRA14 No 23-42 ALCAZARES

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 prestacióndel 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 | $21.600.000 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $00 |
| Honorarios | $1.800.000.00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $23.400.000 |

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 AHORROS | COLOMBIA | $ 300.000,00 |
| | | |
| | | |
| | | |

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 [X]

| 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 dejunta 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:

| |
|---|
| |

CE-006 - 0000000100 – 2023

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 57290321 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Jimenez Fontalvo,Sirly Yojana |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente Con Contrato De |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/11/2022 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Jimenez Fontalvo,Sirly Yojana, a los 26 días del mes de mayo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **JIMENEZ FONTALVO SIRLY YOJANA** identificado(a) con **CC** número **57.290.321** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de febrero de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 26 de mayo de 2023.

Cordialmente,




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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023052611532

| HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E. | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | SIRLY YOHANA JIMENEZ FONTALVO | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | M | | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | | 57,290,321 | SANTA MARTA | 20/12/2000 |

| 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 | | 4 | | | X | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 6 | 1981 | SANTA MARTA | CALLE 9 C No. 59 B 18 | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| shirlyjimenezf@hotmail.com | 3001340882 | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | X | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HUJMB | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| KRA 14 No. 23-42 | SANTA MARTA | ALCACERES | 6054346262 |

| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | X |
|---|---|---|---|---|

## 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 Méndez 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

Shirley Jimenez



## 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