

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.082.981.430

GAMARRA BARRIOS
APELLIDOS

MIGUEL DE JESUS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1993

CHIVOLO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-MAR-2012 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-00999488-M-1082981430-20180424 0060914164A 1 9904087378

Powered by CamScanner

| HUJMB | **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**, Miguel de Jesus Gamarra Barrios Identificado con Cédula No. 1082981430 y Profesión Aux 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:** _____

| | 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 | | |
| 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 (**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 ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días) | | |
| 37 | Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx | | |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082981430**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1082981430 | GAMARRA | BARRIOS | MIGUEL | JESUS | 2022-07-12, 2:43 pm |

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| HUMB | **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) Miguel de Jesus Gamarra Barrios identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082981430 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 08 del mes de Junio de 2023.

Firma
Nombre Miguel de Jesus Gamarra Barrios
Cédula 1082981430

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| Género | Hombre |
| Cargo | AUXILIAR DE ENFERMERIA |
| Título | Sr. |
| Nombre | Miguel de Jesus |
| Apellidos | Gamarra Barrios |
| Fecha de Nacimiento | 4/11/1993 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| Nombre y apellido | Miguel de Jesus Gamarra Barrios |
| Tipo de documento | Cédula de Ciudadanía |
| Número de documento | 1082981439 |
| Dirección | CALLE 34 CARRERA 21 ALTO DEL CERRO 1 DE MAYO |
| Código postal | 47001 |
| Estrato | 3 |
| Ubicación | Santa Marta |
| País | COLOMBIA |
| Correo electrónico | jesusgamarrabarrios65@gmail.com |
| Teléfono | |
| Celular | 3016986830 |
| Nivel Educativo | Técnica o tecnológica completa (con o sin título) |

## Configuración

| | |
|---|---|
| Zona horaria | (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |

Powered by CamScanner

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 Miguel de Jesus Gamarra Barrios

identificado con C.C No. 1082981430 de santa marta

le solicito a usted dejarme ingresar como Aux enfermeria dentro del área de Psiquiatria espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

Miguel de Jesus Gamarra Barrios

C.C 1082981430 de santa marta

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Gmail

miguel gamarra <jesusgamarrabarrios66@gmail.com>

# Usted se ha inscrito al proceso de definición de la situación militar.

1 mensaje

**info@libretamilitar.mil.co** <info@libretamilitar.mil.co>
Para: jesusgamarrabarrios66@gmail.com

25 de julio de 2022, 10:32

**Jefatura de Reclutamiento**
Ejército Nacional

Señor: MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS

La inscripción al proceso de definición de su situación militar se ha realizado exitosamente!

En estos momentos su información se encuentra en proceso de verificación y validación. Por tal motivo en los siguientes 30 días calendario le estaremos confirmando el resultado de este primer proceso.

Así mismo usted puede ingresar al portal y consultar el estado del proceso de su inscripción en el módulo de consulte su situación militar.

Cordialmente,

Dirección de Reclutamiento y Control Reservas

***** NO RESPONDER - Este Mensaje Es Generado Automáticamente *****

**AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:** Este correo es de uso exclusivo del destinatario(a), puede contener información privilegiada y/o confidencial. Si usted no es el destinatario(a) deberá borrarlo inmediatamente. Queda notificado que el mal uso, divulgación, alteración y/o modificación malintencionada sobre este mensaje y sus anexos quedan estrictamente prohibidos y pueden ser legalmente sancionados.

**- La Dirección de Reclutamiento y Control Reservas no asume ninguna responsabilidad por estas circunstancias -**

Powered by CamScanner

El futuro es de todos

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

Bogotá, Martes 12 de Julio de 2022

Señor(a)
**MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS**
Direción: CALLE 34 # 20 - 28 BARRIO PRIMERO DE MAYO
Teléfono: 3016986830
SANTA MARTA, MAGDALENA, 48

**LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS** hace constar que, una vez consultado el Registro Único de Victimas (RUV) el día Martes 12 de Julio de 2022, el(la) señor(a) **MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS**, identificado(a) con cedula de ciudadanía / contraseña **1082981430**, evidencia el siguiente reporte de estado y hecho(s) victimizante(s):

| DECLARACION/ RADICADO | ID | ESTADO VALORACION | HECHO(S) VICTIMIZANTES(S) | FECHA HECHO VICTIMIZANTE | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 680284 | 680284 (SIPOD) | Incluido | Desplazamiento Forzado | 03/12/2002 | magdalena (47) | chibolo (47170) |
| BH000329199 | 3485177 (RUV) | Incluido | Desplazamiento forzado | 29/05/2016 | cesar (20) | san martín (20770) |

**ADVERTENCIA:** La presente constancia se hace por solicitud presencial de la persona registrada, previa verificación de su identidad, y da cuenta del estado de inscripción en el Registro Único de Víctimas, los hechos victimizantes por los que fue valorado y el lugar de ocurrencia de da cada hecho, a la fecha de su expedición, este documento tiene un carácter de personal e intransferible.

Es preciso indicar que de conformidad con el Artículo 15 de la Constitución, toda la información suministrada por la Víctima y aquella relacionada con la solicitud de Registro es de carácter RESERVADO, según lo citado en el parágrafo 1° del Artículo 156 de la Ley 1448 de 2011; y de igual manera en el artículo 31 del decreto 4800 de 2011 -numeral noveno, que señala como obligaciones de los funcionarios públicos: "Garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información y abstenerse de hacer uso de la información contenida en la solicitud de registro o del proceso de diligenciamiento para obtener provecho para sí o para terceros".

De acuerdo con lo anterior y dadas las facultades legales descritas no se emitirán copias de este documento a ninguna otra entidad, ni persona natural o jurídica.

LOS TRÁMITES Y SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

# SON GRATUITOS Y NO REQUIEREN DE INTERMEDIARIOS

**EMILIO HERNÁNDEZ DÍAZ**
**Director de Registro y Gestión de la Información**
**Unidad para las Víctimas**



Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14796851798

(415)7707212489984(8020) 000001479685179 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 8 2 9 8 1 4 3 0 | 1 | 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 | 1 0 8 2 9 8 1 4 3 0 | 2 0 1 2 0 3 2 9 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| GAMARRA | BARRIOS | MIGUEL | DE JESUS |

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 34 20 30 28 BRR PRIMERO DE MAYO

42. Correo electrónico JESUSGAMARRABARRIOS66@GMAIL.COM

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 1 6 9 8 6 8 3 0 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2021 - 11 - 11 / 14 : 43: 32

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 COHEN PONCE JORGE RICARDO
985. Cargo Analista III

Fecha generación documento PDF: 11-11-2021 02:43:44PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Gamarra | Barrios | Miguel de Jesus |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082981430 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 04 MES 11 AÑO 1993 | - CALLE 34 CARRERA 21 ALTOS DEL CERRO 1 DE MAYO | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | MAGDALENA |
| DEPTO | MAGDALENA | MUNICIPIO | SANTA MARTA | | |
| MUNICIPIO | CHIVOLO | TELÉFONO | 3046783491 | EMAIL | jesusgamarrabarrios66@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 | EDUCACION MEDIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2012 |

***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 |
| | | | | | | | | | |



Powered by CamScanner

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 ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *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>3046783491 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE PSIQUIATRIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>- CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES | | | | | | |

## 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 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 1 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 1 | 0 |



Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**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

MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

**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*



Powered by CamScanner

# CEDELCA

**CORPORACION EDUCATIVA DEL CARIBE**

**Personería Jurídica Nº 257 de 1994**

*Autorizada Según Resolución 0865 y 0866 del 2011 Por la Secretaria de Educación Distrital*
*y 0028 del 21 de enero del 2011 por medio del Ministerio de la Protección Social*
*Código DANE 347010530094 – Código ICFES 125500 – NIT 900294796*


**EL SUSCRITO COORDINADOR DE LA CORPORACION EDUCATIVA DEL CARIBE "CEDELCA"**

**CERTIFICA QUE:**

**MIGUEL DE JESÚS GAMARRA BARRIOS,** identificado(a) con C.C. Nº 1.082.981.430 Exp. Santa Marta – Magdalena, se encuentra matriculado(a), en el programa **Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería;** en el **I** semestre, con una intensidad horaria de 20 horas semanales para un total de 80 horas mensuales. Inicio del semestre catorce (14) de enero, con fecha de finalización el veinte (20) de junio de la presente anualidad.-

Esta constancia se expide a petición del interesado.

Dada en Santa Marta a los diecisiete (17) días del mes de Febrero de 2014.

Atentamente,

**BEATRIZ PINEDA CERA**
*Coordinadora Administrativa*

*bpc/0995*


Avenida del Libertador No. 14 – 67 Tel: 421 78 70 Cel. 3016238825 cedelca-academica@hotmail.com
www.cedelca.net


Powered by CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
"JACKELINE KENNEDY"

## *ACTA INDIVIDUAL DE GRADO*

En la ciudad de Santa Marta, a los Seis (06) días del mes de Diciembre del año 2012, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, el suscrito Rector y Secretario en la Rectoria de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "JACKELINE KENNEDY", Institución aprobada con Licencia de Funcionamiento o Reconocimiento Oficial hasta Undécimo Grado en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título: de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 0562 del 20 de Junio de 2005, emanada del Departamento Administrativo de Educación y Cultura.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de:

***BACHILLER ACADÉMICO***

## A: GAMARRA BARRIOS MIGUEL DE JESUS

Portador de la Cédula de Ciudadanía No. 1,082,981,430, expedida en Santa Marta/Magdalena, a quien se le tomó juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo acredita como **BACHILLER ACADÉMICO**, Título que aparece debidamente registrado en el Libro de Graduación No. 2, Acta General de Graduación No. 079, Folio 98; de fecha 06 de Diciembre del año 2012.

Esta Acta es fiel copia tomada del Libro de Graduación No. 2, Acta General de Graduación No. 079, Folio 98; de fecha 06 de Diciembre del año 2012 y consta de Ochenta y Ocho (88) alumnos graduados, comienza con los apellidos y nombres de: ACOSTA VILLEGAS DEIVIS ADRIAN y cierra con los apellidos y nombres de: ZULUAGA RODRIGUEZ MARYURIS.

Firmada y sellada por los que en ella intervinieron: Rector y Secretario de la Institución, a los Seis (06) días del mes de Diciembre de 2012.

**ING. SANTIAGO NAVARRO ALTAMAR**
**C.C. 8.636.991 de Sabanalarga (Atlántico)**
**Rector**

**JOSÉ R. SOMERSON MUNIVE**
**C.C. 4.981.430 de Santa Marta**
**Secretario**



Powered by CamScanner

República de Colombia

# I.E.D. "JACKELINE KENNEDY"
## SEDE MARIA ELENA DIAZ GRANADOS

SANTA MARTA - D.T.C.H.

## Certifica

Que el alumno (a) MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS

Alcanzó satisfactoriamente los logros propuestos en el ciclo de Educación Básica Primaria, determinados por nuestro Proyecto Educativo Institucional, según lo dispuesto en la Ley 115 de febrero 8 de 1994 y el Decreto 0230 de febrero 11 de 2002.

Rector (a)

Betty Ahumada L.
Profesor (a)

Expedida en Santa Marta a los 01 días del mes de Diciembre de 2006



Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

**RESOLUCION No. 47** 0501
"Por la cual se registra un título"

**LA SECRETARÍA 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) **MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,082,981,430, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por **LA CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL CARIBE CEDELCA,** con Acta No. 29 del 11 de Diciembre de 2015.

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 **MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,082,981,430, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** 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 Autorizó 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: 04 MAR 2016

**MANUEL NAVARRO RADA**
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó y Revisó: Piedad De La Hoz Orozco.

El Magdalena que Queremos
Secretariadesalud@magdalena.gov.co
Calle 23 No. 13 A 02
Teléfono: 57 54 319542

0516

Hoja de Vida: /

Powered by 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

8499

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**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1082981430 | MIGUEL | DE JESUS | GAMARRA | BARRIOS | 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) MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS identificado(a) con CC 1082981430 registra La siguiente información:**

**2023-05-15→3:02:15 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 | 2016-03-04 | 501 | 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).**



Powered by CamScanner

**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

# Certifica que:

## MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS

## IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANIA N° 1.082.981.430

**Asistió al Curso de:**

**ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 12 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.**

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA**

**DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD**

Powered by CamScanner

**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

# Certifica que:

## MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS

## IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANIA N° 1.082.981.430

**Asistió al Curso de:**

**SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALU

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Miguel de Jesús Gamarra Barrios*

## *CC 1082981430 de Chivolo, Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-10
Fecha de vencimiento: 2025-06-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
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

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Miguel de Jesús Gamarra Barrios*

## *CC 1082981430 de Chivolo, Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-10
Fecha de vencimiento: 2025-06-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
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

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Miguel de Jesús Gamarra Barrios*

## *CC 1082981430 de Chivolo, Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso de competencias esenciales para el cuidado del donante con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-10
Fecha de vencimiento: 2025-06-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
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

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Miguel de Jesús Gamarra Barrios*

## *CC 1082981430 de Chivolo, Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto 1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-10
Fecha de vencimiento: 2025-06-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
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

Powered by CamScanner

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

# SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS



NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

## CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 659107

| TIPO CERTIFICACION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. PREINGRESO [ X ] | 2. PERIóDICO PROGRAMADA [ ] | 3. RETIRO [ ] | 4. CONTROL [ ] | 5. POST INCAPACIDAD [ ] |
| 6. REUBICACIóN [ ] | 7. CASO OCUPACIONAL [ ] | 8. TRAB. EN ALTURAS [ ] | 9. ESPACIOS CONFINADOS [ ] | 10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ] |

**DATOS DEL PACIENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 15/07/2022 | EMPRESA: PARTICULARES SO | | |
| NOMBRE: MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS | | DOC. IDENTIDAD: CC 1082981430 | |
| CARGO: ENFERMERO | | | EDAD: 28 AÑOS |
| ESTADO CIVIL: UNION LIBRE | FECHA DE NACIMIENTO: 1993-11-04 | EPS: | |
| DIRECCIÓN: CL 34 CON 20 1 DE MAYO 30 28 | | TELEFONO: 3016986130 | |
| PESO: 60 Kg | TALLA: 160 Cm | P.ABDOMINAL: 0 Cm | IMC: 23.44 |



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS**

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

**EXAMEN DE PREINGRESO**

| CONCEPTO | SI | NO |
|---|---|---|
| 1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR APTO | [X] | [ ] |
| 2. APTO PARA EL REQUERIMIENTO DEL CARGO DE LA EMPRESA O CONTRATISTA | [X] | [ ] |

**CONCEPTOS GENERALES**

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. VISUAL [ ] | 2. AUDITIVO [ ] | 3. RESPIRATORIO [ ] | 4. CARDIOVASCULAR [ ] | 5. PSICOSOCIAL [ ] | 6. ERGONOMICO [ ] | 7. OTROS [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| REMISIONES SI [ ] NO [X] | ARL SI [ ] NO [X] | EPS SI [ ] NO [X] |

**RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR**

-FOMENTAR HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES CON éNFASIS EN AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS DIARIAS Y USO DE EPP PROPIOS A CARGO

-SE RECOMIENDA MANTENER TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD GENERALES Y ESPECIFICAS SEGúN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONóMICO, EN ATENCIóN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA PANDEMIA ACTUAL POR SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID-19

**CONCEPTOS OCUPACIONALES**

**OBSERVACIONES Y/O REMISIONES**

Jesus Corzzo Sierra
MEDICO
C.C. 1.082.906.610
Reg 4468/2014
150 1844

JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA
CC 1082906610
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 1082906610
RS. 1082906610

MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS
CC 1082981430
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

Imprimió: NIYIRETH ODALMIS SANCHEZ MALDONADO

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA

CARRERA 5 N 26B-23 3187117423

Fecha de Impresión: 15/07/2022 - 09:45

SOFTWARE: IPSOFT SIIS v.2.0- Tel: (Z) 4850430

Powered by CamScanner

# Información general

Identificación del contrato

| | |
|---|---|
| **ID del contrato en SECOP** | CO1.PCCNTR.3910127 |
| **Versión del contrato** | 1 |
| **Estado de contrato** | Firmado |
| **Fecha de generación del estado** | 5 dias de tiempo transcurrido *(11/08/2022 5:33:30 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Número del contrato** | CD20223455 |
| **Objeto del contrato** | PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **Tipo de Contrato** | Prestación de servicios |
| **¿Asociado a otro contrato?** | ☐Si ☑No |
| **Duración del contrato** | 5 Meses |
| **Fecha de inicio de contrato** | - |
| **Fecha de terminación del contrato** | 31/12/2022 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Tiempo adiciones en días** | 0 dias |
| **Liquidación** | ☐Si ☑No * |
| **Obligaciones Ambientales** | ☐Si ☑No * |
| **Obligaciones pos consumo** | ☐Si ☑No * |
| **Reversión** | ☐Si ☑No * |

Información de la Entidad Estatal contratante

**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**

COLOMBIA, Santa Marta

**0** Recomendación (es)

Información del Proveedor contratista

**Miguel de Jesus Gamarra Barrios**

COLOMBIA, Santa Marta
Número de documento 1082981430

Cuenta bancaria del proveedor

| Proveedor | Nombre del banco | Tipo de cuenta | Número de cuenta |
|---|---|---|---|
| Miguel de Jesus Gamarra Barrios | | | |

Aprobación del contrato

**Aprobador – Proveedor**

*Aprobado por:* *Miguel de Jesus Gamarra Barrios* *Fecha de aprobación:* *16/08/2022 9:12:33 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Aprobador – Entidad Estatal**

*Aprobado por:* *LUIS OSCAR GALVES MATEU* *Fecha de aprobación:* *17/08/2022 9:25:09 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Contrato Firmado:**
**Contrato en ejecución:**

Información del contrato

| | |
|---|---|
| **Tipo de proceso** | Contratación régimen especial |
| **Unidad de contratación** | Grupo de contratación SECOP II |
| **Proceso de Contratación** | CD20223455 |
| **Titulo de la oferta** | □□□ |
| **Cuantía del contrato** | 8.460.000 COP |

# Condiciones

Documentos Tipo

| | | |
|---|---|---|
| **Documentos Tipo** | No | Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020 |

Powered by CamScanner

## Decreto 248 de 2021

**¿Debe cumplir con invertir mínimo el 30%de los recursos del presupuesto destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021?** ☐Si ☑No

El decreto 248 de 2021, obliga a las entidades que manejen recursos públicos, a adquirir alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios y/o de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, minimo el (30%) del presupuesto destinados a la compra de alimentos

## Condiciones ejecución y entrega

**Condiciones de entrega:** Como acordado previamente

**El contrato puede ser prorrogado** ☐Si ☐No

## Configuración financiera - Configuraciones generales

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ☐Si ☑No

## Configuración financiera - Garantías

**¿Solicitud de garantías?** ☐Si ☑No

## Configuración financiera - Pago de anticipos

**Definir Plan de Pagos?** ☐Si ☑No

## Condiciones de facturación y pago

**Forma de pago**

**Plazo de pago de la factura**

## Comentarios

**Número del Contrato** CO1.PCCNTR.3910127
**Proveedor** Miguel de Jesus Gamarra Barrios
**Creado por**
**Agregado en** -
**Comentario**

## Anexos del contrato

| Descripción | Nombre |
|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | |

## Dirección de notificaciones

**Dirección de notificaciones** CARRERA 14 # 23 - 42
**Ubicación** CO-MAG-47001 - Santa Marta
**País** COLOMBIA
**Departamento** Magdalena

Powered by CamScanner

**Municipio** Santa Marta
**Dirección** CARRERA 14 # 23 - 42
**Código postal**

| | Grados (°) | Minutos (') | Segundos (") |
|---|---|---|---|
| **Latitud:** | | | |
| **Longitud:** | | | |

## Municipio de ejecución del contrato

| ID | Dirección | Ubicación |
|---|---|---|
| 1 | CARRERA 14 # 23 - 42 | COLOMBIA > Magdalena > Santa Marta |

# Bienes y servicios

**1** CO1.PCCNTR.3910127

**1.1** Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal

**Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal**
8.460.000,00

| Ref. Artículo | Código UNSPSC | Descripción | Cantidad | Unidad | Precio unitario estimado | Precio unitario | Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 80111600 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 1,00 | UN | 8.460.000,00 | 8.460.000,00 | 8.460.000,00 |

# Documentos del Proveedor

Lista de documentos

La siguiente es una lista de los documentos que puede solicitar a los Proveedores para la acreditación de los requisitos habilitantes. Para solicitar un documento marque el cuadro que aparece a la derecha.

**Filtrar por familia**

| Documento | Fase de Contrato | Fase de Habilitación |
|---|---|---|
| Formato de Experiencia | ☐ | ☐ |
| Certificaciones | ☐ | ☐ |
| Documentos que acreditan la identificación de los representantes legales y miembros de juntas directivas. | ☐ | ☐ |
| RUP | ☐ | ☐ |
| RUT | ☐ | ☐ |
| Limitaciones del representante legal (sólo para personas jurídicas) | ☐ | ☐ |
| Actividades por el objeto social (sólo para personas jurídicas) | ☐ | ☐ |
| Estados financieros auditados con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior suscritos por el representante legal con sus notas. Si la antigüedad del interesado es insuficiente, adjuntar estados financieros trimestrales o de apertura; o documento equivalente para las personas naturales. | ☐ | ☐ |
| Un certificado que acredite los indicadores de capacidad financiera y organizacional. | ☐ | ☐ |
| La lista de los contratos que acreditan su experiencia identificando: el código del Clasificador de Bienes y Servicios; plazo; valor; ejecutor del contrato (singular o plural); e información de contacto del cliente del Proveedor. | ☐ | ☐ |
| Actas de Asamblea | ☐ | ☐ |
| Anexo de Acreditación de experiencia | ☐ | ☐ |
| Anexo de Acreditación de capacidad financiera | ☐ | ☐ |
| Anexo de Acreditación de capacidad organizacional | ☐ | ☐ |
| Certificado de constitución de proponente plural | ☐ | ☐ |
| Certificación de tamaño empresarial (MiPyme) | ☐ | ☐ |
| Último acto de estructura y organización de la Entidad Estatal. Este puede ser Ley, Decreto, Ordenanza, Acuerdo o documento equivalente que permita conocer la naturaleza jurídica, funciones, órganos de dirección, régimen jurídico de contratación de la Entidad Estatal. | ☐ | ☐ |
| Acta de posesión del Ordenador del Gasto, en caso de delegación se debe adjuntar el acto de delegación emitido por el representante legal y acto de posesión del delegado. | ☐ | ☐ |
| Documento de autorización del usuario administrador de la Entidad Estatal o de la entidad privada que contrata con cargo a recursos públicos en SECOP II. | ☐ | ☐ |
| Plan de amortización | ☐ | ☐ |

| Documentos administrativos | Fase de Contrato | Fase de Habilitación |
|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | |

Powered by CamScanner

# Documentos del contrato

Documentos del contrato

| Descripción | Nombre del documento | Detalle |
|---|---|---|
| CLAUSULAS MINUTAS ASISTENCIAL (4) - copia.pdf | CLAUSULAS MINUTAS ASISTENCIAL (4) - copia.pdf | (detalle) |
| AUXILIAR MIGUEL GAMARRA NUEVO.pdf | AUXILIAR MIGUEL GAMARRA NUEVO.pdf | (detalle) |

# Información presupuestal

Asignaciones para el seguimiento

Ordenador del Gasto: LUIS OSCAR GALVES M — Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — Número de documento: 71633944 — Guardar y notificar

Supervisor: — Tipo de documento: — Número de documento: — Guardar y notificar

Histórico de asignaciones

| Posición | Nombre | Fecha de seguimiento | Cambiado por |
|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | |

Información presupuestal

**Proyecto del Plan Marco para la Implementación del Acuerdo de Paz o asociado al Acuerdo de Paz**: ☐Si ☑No * Gasto Posconflicto como aquel relacionado con el Plan Marco de Implementación (CONPES 3932) derivado de intervenciones en cumplimiento del Acuerdo.

**Destinación del gasto**: Funcionamiento

| Fuente de los recursos: | Valor |
|---|---|
| Presupuesto General de la Nación - PGN | 0 |
| Sistema General de Participaciones - SGP. No Incluye AESGPRI | 0 |
| Sistema General de Regalias - SGR | 0 |
| Recursos Própios (Alcaldías y Gobernaciones) | 0 |
| Recursos de Crédito | 0 |
| Otros Recursos (Especie, Privados, Cooperación, Propios Entidades Autónomas, Asignación Especial SGP para Resguardos Indígenas - AESGPRI) | 8.460.000 |
| Total | 8.460.000 |

**Entidad Estatal registrada en el SIIF**: ☐Si ☑No

**CDP/Vigencias Futuras (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP o una AVF Extraordinaria si es el caso)**

| | Código | Tipo | Estado | Saldo | Saldo a comprometer | Código unidad/subunidad ejecutora | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 812 | CDP | No validado | 243.226.700 COP | 8.460.000 COP | 00-00-00 | Editar |

**Saldo de CDP**

**Saldo de vigencias futuras**

**Saldo total a comprometer**: 8.460.000 COP

**Última consulta a SIIF**

**Fecha de consulta SIIF**: -

Compromiso presupuestal de gastos

| Código compromiso | Tipo | Fecha compromiso | Estado compromiso | Valor compromiso AVF/CDP | Monto por consumir | Monto presupuestal a liberar | Código Posición de Gasto | Consulta Ejecución |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | | | | | | |

**Saldo de compromisos CDP**

**Saldo de compromisos AVF**

**Saldo total comprometido**

**Última consulta a SIIF**

**Fecha de consulta SIIF**: -

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Miguel de Jesus.

Apellidos: Guarra Barrios

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1.082.781.430

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 11 Año 1993

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 15-9-2021 | Astrazeneca | PW40023 | CS IPC | Yamilis Zapata | 1083012660 |
| | 2 | 11/07/22 | Janssen | 2026219 | CS IPC | Maribel Brito | 57433263 |
| | | | | | | | |

Cajamag

# CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Calle 23 No. 7 . 78 Santa Marta D.TC.H
PBX 4217900 ext 1075 - Call Center 4365058

VIGILADO SuperSubsidio

| NOMBRES |
|---|
| MIGUEL DE JESUS |
| **APELLIDOS** |
| GAMARRA BARRIOS |

| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CE | CC | No. | 1082 | 981 | 430 | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | aaaa | | | | mm | | dd | | | |
| | 1 | 9 | 9 | 3 | 1 | 1 | 0 | 4 | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 27-07-22 | 220500322C | Hilardys G. |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Gardasil VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis A | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Triple Viral | | | | |
| Neumococo | | | | |
| Varicela | | | | |
| Zostavax | | | | |
| Meningococo | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |

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 06:45 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MIGUEL | DE JESUS | GAMARRA | BARRIOS |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 1082981430 |

Lugar de nacimiento

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

Lugar de domicilio

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

| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HUJMB |
|---|---|

Lugar de sede

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | 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 | $1.800.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $1.800.000,00 |

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:

| |
|---|
| |

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 1082981430 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Gamarra Barrios Miguel De Jesus |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente Con Contrato De |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/01/2020 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Gamarra Barrios Miguel De Jesus, a los 06 días del mes de junio 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

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.981.430**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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 **MIGUEL DE JESUS GAMARRA BARRIOS** con **CC** No. **1082981430**, 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<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/06/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/08/2023<br>**Clase de Riesgo:** 3<br>**Cargo :** AUXILIAR ENFERMERIA<br>**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): 202301016138900.

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 | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| Santa marta | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | | | | | Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| miguel de Jesus Gamarra Barrios | | | | | | | | | | | | | | M X | F |
| Tipo de Documento | | | | | | | | Número | | Expedida en | | | Fecha de Expedición | | |
| C.C. X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 1082981430 | | Santa marta | | | 22 mar 2018 | | |
| 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 | | | | | | | |
| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | | | Direccion Domicilio | | | | | Municipio / Ciudad | | | Departamento | |
| 04 | 11 | 1993 | chiodo mugo | | | calle c3421 Alto da cero Imayu | | | | | Santa marta | | | Magdalena | |
| Correo Electrónico | | | | | | | | | | | No. Celular | | | Telefono | |
| Jesus GamarraBarrios66@gmail.com | | | | | | | | | | | 3016986830 | | | | |
| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | | |
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | X | Hogar | | Jubilado | | | | | | | |
| Detalle Actividad Económica | | | | | | | | | | Descripción del CIIU | | | | | |
| Auxiliar en 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 | | Privada | | Mixta | Otra, cual? | Auxial de enfermeria |
| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | | Barrio | | No. Teléfono | | |
| kra 14 # 23-12 | Santa marta | | Alcazares | | 4366262 | | |
| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | | | | |

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales | 1.800.000 | Total Egresos mensuales | |
|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensuales | | Otros Egresos Mensuales | |
| Total Activos | NO | Total Pasivos | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes | Año | Es declarante? SI NO |

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?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

## 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 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):