

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.537.143

GONZALEZ GARCIA

APELLIDOS

MYRIAM ESTHER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-1957

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

08-JUL-1977 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00062704-F-0036537143-20080902 0002881962A 1 4450004940

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HUMB	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC16F VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Hilsian Esther Gonzalez Garcia identificado con Cédula No. 1065632143 de Profesión Aux de Enfer. **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: Hilsian Gonzalez Garcia

	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 I (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 Victimas 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		

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SIH

Pantalla Principal

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **36537143**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36537143	GONZÁLEZ	GARCÍA	MIRIAM	ESTER	2022-07-15, 14:52

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Yuriam Esther Gonzalez Garcia identificado con C.C./C.E./P.P No. 36537143 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 Yuriam Esther Gonzalez G.
Nombre Yuriam Esther Gonzalez Garcia
Cédula 36537143

COPIA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Santa Marta, junio 08 del 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo:

Muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentarle mí propuesta como AUXILIAR DE ENFERMERIA, función que desempeñaré a cabalidad cumpliendo con todas las funciones que sean asignadas pertinentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta.

Atenta

MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA

C.C 36.537.143

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 1439907282

(415)7707212489284(8020) 000001439907282 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 6 5 3 7 1 4 3 | 6. DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico: 1 8

IDENTIFICACION

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

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 3 6 5 3 7 1 4 3

27. Fecha expedición: 1 9 7 7 0 7

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Magdalena

30. Ciudad/Municipio: Santa Marta — 0

31. Primer apellido: GONZALEZ

32. Segundo apellido: GARCIA

33. Primer nombre: MYRIAM

34. Otros nombres: ESTHER

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Magdalena — 4 7

40. Ciudad/Municipio: Santa Marta — 0 0

41. Dirección principal: CR 33 9 B 04 BRR BASTIDAS

42. Correo electrónico: yazmibal@hotmail.com

42. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 0 0 7 9 1 4 7 2 4

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 1 1 0 1 0

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código: 1 | 2

Ocupación

51. Código: 5 1 3 2

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 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

2 0

20- Obtención NIT

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. Firma | 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.

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

Para uso exclusivo de la DIAN

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 6 1 2 2 8

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Myriam Esther Gonzalez Garcia

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

964. Nombre: QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA

965. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 28-12-2016 03:21:08PM

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gonzalez	Garcia	Myriam Esther

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 36937143	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 13 MES 07 AÑO 1957	CARRERA 33 9 B 04 casa bastidas			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	miriangonzalez57@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	12	AÑO	1998

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X			08	1981	0617

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Seminario	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SEMINARIO REANIMACION CEREBRO PULMONAR	01	4000
Seminario	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN PREOPERATORIO	11	2012
Taller	HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	01	2012
Taller	UNIVERSIDAD COOPERATIVE DE COLOMBIA	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	REGISTRO DE BALANCE DE LIQUIDOS	11	2009
Cursos	SENA	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	RELACIONES INTERPERSONALES	05	2008

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Cursos	SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SERVICIO AL CLIENTE	05	2008
Conferencia	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	04	1992

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	10	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: CENTRAL DE ESTERILIZACION						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42 barrio alcazares					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	07	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: CENTRAL DE ESTERILIZACION						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42 barrio alcazares					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	05	Año	2020	Día	30	Mes	06	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: CENTRAL DE ESTERILIZACION						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42 barrio alcazares					

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	01	Año	2020	Día	30	Mes	04	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: CENTRAL DE ESTERILIZACION						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42 barrio alcarenes					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	29	Mes	01	Año	2014	Día	30	Mes	06	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: SALUD						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANANDO TROCONIS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	10	Mes	10	Año	2013	Día	31	Mes	12	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: SALUD						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ, D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÀ, D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	18	Mes	07	Año	2013	Día	17	Mes	08	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	30	Mes	12	Año	2012	Día	30	Mes	06	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: CIRUGIA						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 01		Mes: 02		Año: 2013		Día: 30		Mes: 05		Año: 2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA:						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 13		Mes: 11		Año: 2012		Día: 31		Mes: 12		Año: 2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: PEDIATRIA						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 03		Mes: 09		Año: 2012		Día: 31		Mes: 10		Año: 2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA:						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 11		Mes: 01		Año: 2012		Día: 10		Mes: 07		Año: 2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA:						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 04		Mes: 11		Año: 2011		Día: 31		Mes: 12		Año: 2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: GINECOLOGIA						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD REDCARIBE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 365786	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2010	*Día*	27	*Mes*	10	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 N 75 20					

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	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	7

Powered by CamScanner

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 __ 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

Myriam Esther Gonzalez Garcia

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

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Comunal de Bachillerato
"Rodrigo de Bastidas"

Santa Marta - D.T.H.C.

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 1276 del 14 de Diciembre de 1998.

Confiere a

MIRIAN ESTHER GONZALEZ GARCIA

Identificado(a) con CC No. 1365371437 Expedida en Santa Marta

El Título de

Bachiller Académico

Especialidad en Ciencias.

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

Rector,

Secretario,

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 1 Folio No. 11 Diploma No. 11

Dado en Santa Marta, a 18 de diciembre de 1998.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

ACTA DE GRADO

No. y Fecha de Registro: 1276 del 14/12/1998

COLEGIO COMUNAL DE BACHIELLERATO

Rodrigo de bastida

HACE CONSTAR QUE:

MYRIAM ESTHER GONZÁLEZ GARCÍA

Con documento de identificación No. CC. 36.537.143

REALIZO Y APROBÓ

BACHILLER ACADÉMICO

CON ESPECIALIDAD EN CIENCIAS

ANOTADO EN EL CONTROL INTERNIO DEL PLANTEL
EN EL LIBRO N° 1 DE FOLIO 11 DIPLOMA 11

RECTOR(A)
LIBARDO REYES HOYOS

SECRETARIO(a)
EDUARDO MEDINA ROSAS

En la constancia del presente documento se firma en santa marta a los 18 dias del mes de diciembre 1998

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

ACTA DE GRADO

No. y Fecha de Registro: 77455 del 03/08/1981

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE:

MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA

con documento de identificación No. CC. 36.537.143

REALIZO Y APROBO LA ESPECIALIDAD

AUXILIAR DE ENFERMERIA

CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL C.A.P.

En constancia de lo anterior se firma el presente **DUPLICADO** en BOGOTÁ a los 08 días del mes de Abril de 2014.

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR(A) CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SENA

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONFIERE A

MYRIAM ESTHER GONZÁLEZ GARCÍA

C.C. 36.537.143 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

Certificado de Aptitud Profesional

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

FIRMA AUTORIZADA

REGISTRO Y CERTIFICACION

FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD	BOGOTÁ, D. C. 3 de Agosto de 1981	.77455 3 de Agosto de 1981
CENTRO DE FORMACION	CIUDAD Y FECHA DE TERMINACION	No. DE REGISTRO Y FECHA DE EXPEDICION

DUPLICADO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

República de Colombia
Gobernación Departamento del Magdalena

MAGDALENA SOCIAL ES LA VIA

RESOLUCIÓN Nro. 47 # 3855

Por la cual se registra un titulo
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA** identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 36,537,143, expedida Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** según CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL, otorgado por EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Acta de Grado No. 77455 del 03 de Agosto de 1981.

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 **MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA,** identificado (a) con Cedula de Ciudadania No. 36,537,143, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 01 NOV 2019

ANSELMO HOYOS FRANCO
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Revisó: Piedad De la Hoz O.
Proyectó: Martha Vásquez M.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Resultado General -2023-06-08--9:18:53 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36537143	MYRIAM	ESTHER	GONZALEZ	GARCIA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA identificado(a) con CC 36537143 registra La siguiente información:

2023-06-08--9:18:53 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TÉCNICO ENFERMERIA	2019-11-01	473855	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

Powered by CamScanner

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999 y con registro de programa según resolución No. 0859 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Teniendo en cuenta que

MYRIAM ESTHER GONZÁLEZ GARCÍA

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 36.537.143

Aprobó los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:

Violencia Sexual

Con una intensidad total de 30 horas, virtuales.

Dado en Santa Marta, a los 03 Dias del mes de Diciembre del 2020.

Director

Coordinador

Powered by CamScanner

Powered by 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

Miryam Esther Gonzalez Garcia

c.c. 36537143 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2021-12-09
Fecha de vencimiento: 2023-12-09

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educati
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 16/05/2023

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA
Identificación: CC: 36537143
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha nacimiento: 13/07/1957
Edad: 65
Genero: Femenino
Estado civil: Divorciado (Separado)
Escolaridad: Técnica
Teléfono:
Dirección:
N° hijos: 3
ARL:
EPS: Nueva EPS
AFP: Colpensiones

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS DE BASE POR EPS.
NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584

Myriam Esther Gonzalez Garcia

Aspirante o trabajador
MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA
Identificación: CC: 36537143

Laboratorio Clinico Martinez S.A.S

LA HISTORIA CLINICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCION 1995 DEL 2006

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

DIASENOR LTDA
Nit: 800.002.060-3
Calle 17 No. 6-69 Telefonos : 4211410-4210792 Santa Marta

LA SUSCRITA GERENTE

CERTIFICA

Que la señora MIRIAM GONZALEZ GARCIA, identificada con la cédula de ciudadanía número 36.537.143 de Santa Marta, trabajó en la Empresa SEDE VACACIONAL LOS TRUPILLO, por intermedio de esta firma, desde 08 de Julio de 2006 hasta el 31 de Diciembre de 2006, Asumiendo el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA. Con un sueldo Mensual de Cuatrocientos Ocho Mil Pesos Mcte. ($ 408.000.00)

Durante el tiempo trabajado demostró ser una persona responsable, honrada, colaboradora y cumplidora de su deber.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los Veinti Seis Dias mes Febrero del 2007.

Maria C. Campo Caballero
MARIA CECILIA CAMPO CABALLERO
Gerente

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Myriam Esther
Apellidos: Gonzalez Garcia
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cual:
No. 36537143
Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 07 Año 1957

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.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: MIRIAN. ESTHER
Apellidos: GONZALEZ GARCIA
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36537143
Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 06. Año 1957

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.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Liliam
Apellidos: Gonzalez Garcia
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No.
Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 07 Año 1957

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29/03/2021	Astrazeneca	CTH4W019	HUJTHB	Auri correa	57170484
	2	23/07/2021	Astrazeneca	CTM4W015	Ips San Gabriel	Maryuris Hernandez	1148962497
		03/12/2021	PFIZER	FJ1966	Prevenir 1-A	Nicolle Fajardo	1004936347

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	1-09-21	P00812087	HUJMS esfera.
Otras		19-7-21	V502222014	HUJMS esfera.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	22-03-18	SNF N3H27	Atrofe
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	22-02-18	221501816A	efeq.
	2			
	3	.		
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	5-05-19	V5V22006	
Otras				

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Miriam Esther

Apellidos: Gonzales Garcia

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

No. 36.537.143

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 07 Año 1957

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29-03-2021	Astrazeneca.	CTMAN519	HUJMB	Elika Aguirre.	64869701
	2	23-07-21	Astrazeneca	NH0302	San Gabriel	Maryuris Hernandez	1148962497
		03 12 2021	PFIZER	FJ1966	prevenir 7-A	Nicolle Fojardo	1004363485

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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: PERIÓDICO

Fecha de publicación: 2023-02-14 19:29

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MYRIAM	ESTHER	GONZALEZ	GARCIA

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 36537143

Lugar de nacimiento

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

Lugar de domicilio

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

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

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

Dirección: ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

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:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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]

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA identificado(a) con CC 36537143 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	04/09/2010
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de junio del año 2023.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36537143,** se encuentra afiliado/a desde **11/05/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de junio de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos										Sexo		
Myriam Esther Gonzalez Garcia										M	F	X

Tipo de Documento						Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36.537.143	Santa Marta	8-07-77

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	Familiar	Rural	Urbano
X							X					X		X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
13 07 1957	Santa Marta	cra. 33 Nº 9B-04	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
miriamgonzalez57@hotmail.com.	3007914724	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxiliar de Enfermeria	Apoyo Terapeutico

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
cra 14 # 23-42	Santa Marta	Alcazarez	4360507

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra	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? N.A

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas 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.
Autoriza de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha 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 Barrenecha, 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 Barrenecha 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 Barrenecha 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 barrenecha S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me

Myriam Gonzalez

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):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner