HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**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**, **ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ**, Identificado con Cédula No. **36.555.341** y Profesión **AUXILIAR DE ENFERMERIA** **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
4	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php		
5	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
6	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)		
7	Propuesta de Servicios		
8	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
10	RUT - Registro Único Tributario		
11	Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II)		
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
13	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**).		
14	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
16	Tarjeta Profesional		
17	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
26	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
27	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
29	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
30	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
31	Soporte de experiencia laboral.		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
36	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.555.341**

DIAZGRANADOS MARQUEZ

APELLIDOS

ROSIRIS ROSARIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ENE-1962**

SANTA MARTA (MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

12-DIC-1983 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00061762-F-0036555341-20060830 0002793039A 1 4440004912

Ingreso numero de identificacion

Verificar Registro

Ha buscado el número de identificación: **36555341**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36555341	DÍAZ GRANADOS	MÁRQUEZ	ROSIRIS	ROSARIO	2023-03-31, 12:47 p. m.

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) **ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ** identificado con C.C./C.E./P.P No. **36.555.341** 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 **25** del mes de Julio de 2023.

Firma 

Nombre **ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUES**

Cédula **36.555.341 de santa marta**

COPIA CONTROLADA

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nu

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes…
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

Santa Marta, **Julio de 2023**

Doctor
GERMAN VARGAS MOSQUERA
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Ciudad

Cordial saludo:

A solicitud de su respetada Institución, le solicito a usted me permita ingresar a prestar mis servicios en el Hospital, teniendo en cuenta mis iniciativas y habilidades como Auxiliar en Enfermeria, siendo una persona con la preparación, conciencia y responsabilidad destinada a cumplir a cabalidad las indicaciones asignadas por mis superiores.

Sin otro motivo en particular, me despido agradeciendo su atención prestada.

Atentamente,

ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ
C.C. No. 36.555.341 de Santa Marta
Cel. 302 3337347

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14495055973

(415)7707212489984(8020) 000001449505597 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 5 5 3 4 1	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACION

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	3 6 5 5 5 3 4 1	1 9 8 3 1 2 1 2

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
DIAZGRANADOS	MARQUEZ	ROSIRIS	DEL ROSARIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
MZ N CA 10 URB CANTILITO I

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
rochi1625@hotmail.com		3 0 2 3 3 3 7 3 4 7	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 6 9 1	2 0 0 7 1 1 1 6					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 4 6 0	

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

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 1 2 2 0

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 DIAZGRANADOS MARQUEZ ROSIRIS DEL ROSARIO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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
Diazgranados	Marquez	Rosiris Rosario

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36555341

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 25 MES 01 AÑO 1962

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 0 0 0 mz n casa 10 cantilito

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3023337347 EMAIL: diazgranadosrosiris@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 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		ENFERMERIA	07	2003	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL A. DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 alcazares						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL - CIENAGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* CIÉNAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL A. DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 5A 21 5 esquina						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO INTEGRAL DE SALUD SAN GABRIEL IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	02	*Mes*	08	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL A. DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* AVENIDA 0 30 380 libertador						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE EN SALUD ORAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 0 0 0 GUACHACA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD -SALUDCOOP IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	03	*Año* 1998	*Día*	03	*Mes*	04	*Año*	2003	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN SALUD ORAL	*DEPENDENCIA* AUX.DE ODONTOLOGIA					*DIRECCIÓN* ANILLO VIAL 0 0 0						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

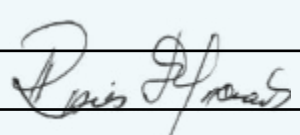
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	8

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



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO MAGDALENA

(SECCION NOCTURNA)

SANTA MARTA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 21427 DEL 2 DE DICIEMBRE DE 1983

CONFIERE A

Rosiris del Rosario Díazgranados Márquez

IDENTIFICADO CON C. de C. No. 36 535 301 de Sta. Marta

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

DADO EN A DE DE

REGISTRADO AL FOLIO LIBRO DE REGISTROS

SECRETARIO DE EDUCACION

Nº 334851

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

y en su Nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena

" Cesmag " Gabriel Angulo

Creado mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949, Aprobado Mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1965
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Teniendo en Cuenta Que

ROSIRIS DEL ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ

C.C. No. 36.555.341 Expedida en STA. MTA.

Cursó y Aprobó todos los estudios programados por el Centro y Cumplió con todas las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el certificado de:

Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería

En constancia de lo anterior se firma y sella este certificado en la Ciudad de Santa Marta a los 11 días del mes de JULIO DE 2003

Director Cesmag

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAG.
AUXILIAR ADTVO.
SECRETARIADO

Secretaria Académica

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No. 12-90 Santa Marta
Teléfono No. 4215776 FAX No. 4234520
NIT: No. 891-780-117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 125

En la ciudad de Santa Marta, a los 11 días del mes de julio de 2003 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los Alumnos del Programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, los suscritos Director y Auxiliar Administrativo Sistematizada de el **CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, Creada en el Nivel Vocacional mediante Decreto No. 816 del 13 de diciembre de 1.949 por el Ministerio de Salud Nacional, Aprobada mediante Resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, y modificada mediante Ordenanza 020 de diciembre 23 de 1.992, comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado en **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** al alumno cuyo nombre y apellidos se relacionan a continuación: ROSIRIS DEL ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.555.341 expedida en Santa Marta, Magdalena

La presente Acta es fechada en julio 11 de 2003 y consta de **52** alumnos, que comienza con el nombre y apellidos de **ABELLA VEGA MAGALI FELICIA** y se cierra con el nombre y apellidos de **ZAMBRANO CAMACHO ELBA ROSA.**

Firmada y sellada por el Dr. Arturo Camargo de la Cruz, Director y Mercedes Olano Rodríguez, Auxiliar Administrativo Sistematizada.

Dada en Santa Marta, a los 11 días del mes de julio de 2003.

Firmada y Sellada

República de Colombia
Dirección
Centro de Educación en
Salud del Magdalena

ARTURO CAMARGO DE LA CRUZ
Director

CENTRO DE EDUCACION
EN SALUD DEL MAG.
AUXILIAR ADTVO.
SISTEMATIZADO
CESMAG "GABRIEL ANGULO

MERCEDES OLANO RODRÍGUEZ
Auxiliar Administrativo Sistematizada

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47-0 8 6 9

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

CONSIDERANDO:

Que, **ROSIRIS DEL ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ** identificada con Cédula de ciudadanía N°36.555.341 ha solicitado el registro de su TITULO de **APTITUD OCUPACIONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó: EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, según acta de grado 125 de Julio 11 del 2.003.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **ROSIRIS DEL ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ** para ejercer la profesión de **APTITUD OCUPACIONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 11 AGO 2003

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

Proyectado por MARYNELA FLOREZ S.

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

2314

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-07-26→5:03:11 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36555341	ROSIRIS	ROSARIO	DIAZGRANADOS	MARQUEZ	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) ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ identificado(a) con CC 36555341 registra La siguiente información:

2023-07-26→5:03:11 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en salud oral	2012-12-28	6025	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	2003-08-11	470869	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).

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Verificación

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

Certifica

Rosiris Rosario Diazgranados Marquez

CC 36555341 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2021-12-23
Fecha de vencimiento: 2023-12-23

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Rosiris Rosario Diazgranados Marquez

CC 36555341 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2021-12-21
Fecha de vencimiento: 2023-12-21

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

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

ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ

CC 36555341 *de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2022-08-05
Fecha de vencimiento: 2024-08-05

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.555.341

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 21-07-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 21-07-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 27/Sep/2021, **Hora:** 11:30:47 a.m.
Apellido: Diazgranados Marquez **Nombre:** Rosiris Rosario
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36555341
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Mz N Casa 10 Cantilito
Telefono: **Celular:** 3023337347 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 67 Kg **Estatura:** 152 Cm **IMC:** 29.0 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Sin Definir **AFP:** Proteccion

HC: # 66569
Edad: 61 años
Sexo: Femenino
Nacim: 25/Ene/1962
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Incluir Sve Auditivo
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
No Exposicion A Ruido Severo
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

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

Rosiris Rosario Diazgranados Marquez
CC 36555341

Huella
Digital

HSC
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA | La fuerza del cambio

T.H. C: 624

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA – MAGDALENA.

CERTIFICA:

Que la Señora **ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.555.341 expedida en Santa Marta - Magdalena, prestó sus servicios mediante Contrato de Prestación de Servicios de Carácter Civil en la E.S.E. Hospital San Cristóbal como **AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL PIC** desde el (01) de Octubre de 2021 hasta el (31) de Diciembre de 2021.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los veinticuatro (24) días del mes de Enero del 2022.

Dr. Armando Fernández de Castro B.

ARMANDO FERNÁNDEZ DE CASTRO B.
PROF. UNIV. TALENTO HUMANO.

Elaboró: Juan Carlos Algarín Zamora.
Asistente Talento Humano.

Celular 314 5136313

CENTRO INTEGRAL DE SALUD

SAN GABRIEL

IPS S.A.S.

Nit 900.849.720-4

CERTIFICACION

La Suscrita Sonia Liliana Molina Guerrero, en mi calidad de Coordinadora Administrativa del **"CENTRO INTEGRAL DE SALUD SAN GABRIEL IPS SAS"**, me permito certificar que la señora **ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía N°36.555.341 laboró en esta Institución del 20 de abril al 02 de agosto de 2021, desempeñándose como Auxiliar de Enfermería y Vacunación, con un contrato bajo la modalidad de termino fijo inferior a un año.

Se expide la presente certificación a petición de la interesada a los veintiséis (26) días de enero de 2022.

Cordialmente,

SONIA MOLINA GUERRERO
Coordinación Administrativa

Salud y bienestar
a tu alcance

LA SUSCRITA PROFSIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND"

CERTIFICA:

Que la señora **ROSIRIS DEL ROSARIO DIAZGRANADO MARQUEZ** identificada con cedula de ciudadanía número 36.555.341 prestó sus servicios a la E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND. A través de los siguientes contratos:

Contrato No. **079** del 16 de enero del 2019 con objeto "PRESTAR LOS SERVICIOS COMO HIGIENISTA ORAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESE ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND." con duración de dos meses y honorarios mensuales de **UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTAL MIL PESOS M/L.**

Contrato No. **489** del 16 de marzo del 2019 con objeto "PRESTAR LOS SERVICIOS COMO HIGIENISTA ORAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESE ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND." con duración de tres meses y honorarios mensuales de **UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTAL MIL PESOS M/L.**

Contrato vigente No. **995** del 17 de junio del 2019 con objeto "PRESTAR LOS SERVICIOS COMO HIGIENISTA ORAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESE ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND." con duración de cuatro meses y catorce días meses y honorarios mensuales de **UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTAL MIL PESOS M/L.**

La presente certificación se expide siendo el día jueves 03 de octubre de 2019 a solicitud de la parte interesada.

OLGA LUCIA LOPEZ CIFUENTES

P.U con Funciones en Talento Humano

SERVISALUD DEL CARIBE.ES S.A.S.

N.I.T. 900.435.141-2

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

LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CERTIFICA

Que **ROSIRIS DIAZGRANADOS MARQUEZ** identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 36.555.341, laboro en esta empresa desde el dieciséis (16) abril del 2012 hasta 30 de noviembre de 2018, en el cargo de **HIGIENISTA ORAL**, destacándose por ser una persona cumplidora de sus funciones.

Se expide el presente documento, de acuerdo a Ley, para los fines que el interesado crea conveniente, en Santa Marta a los tres (03) días del mes de Octubre de 2019.

Atentamente,

SERVISALUD DEL CARIBE.ES S.A.S

ANGIE SERNA CARVAJAL
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	21-04-21	Pfizer	ER9449	IPS San Gabriel	olga pardo	57432285
	2	12-05-21	Pfizer	EW0191	IPS San Gabriel	olga pardo	57432285
		14 DIC 21	Pfizer	#1396	San Gabriel	Jorge Luis Campo G. Auxiliar de Enfermera CC 7602736	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Rosiris Rosario

Apellidos: Diazgranado Marquez

Documento de identidad: CC - TI Pasaporte PEP otro cual

No. 36555341

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 01 Año 1962

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	2023-03-31 13:35

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROSIRIS	ROSARIO	DIAZGRANADOS	MARQUEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36555341

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/Notarias/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:

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

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:

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:

Bogotá, Julio 21 de 2023

Señora:
DIAZGRANADOS MARQUEZ ROSIRIS ROSARIO
CC. 36555341
MZ N CA 10 URB CANTILITO - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 23 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
DIAZGRANADOS MARQUEZ ROSIRIS ROSARIO	36555341	C	Sep-23-2019	56	26	COTIZANTE	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CENTRO INTEGRAL DE SALUD SAN GABRIEL IPS SAS	36555341	Dependiente	CERRADO
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	36555341	Dependiente	CERRADO
ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ	36555341	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ	36555341	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ	36555341	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ	36555341	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Protección

Fondo de Pensiones Voluntarias Protección
Nit 800.198.281

Hace constar que:

ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ con número de identificación **CC 36.555.341**, se encuentra afiliado al **Fondo de Pensiones Voluntarias Protección**, desde el día **26 de diciembre de 2019.**

Se expide esta constancia a favor del interesado a los 02 días del mes de mayo del año 2023.

Cordialmente,



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

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

2023050206202

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

ROSIRIS ROSARIO DIAZGRNADOS MARQUEZ

Sexo			
M	X	F	

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36555341	SANTA MARTA	23 DE DICIEMBRE DE 1983

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

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
[illegible]	SANTA MARTA	MANZ. N CASA 10 CANTILITO	SANTA MARTA	MAGDALENA

No. Celular	Telefono
3023337347	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra. cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		Total Egresos mensules					
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales					
Total Activos		Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrad	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X

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

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):