| HUJMB | LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL | CODIGO: GJC16F<br>VERSION: 05<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023<br>PAGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO. Alicia del Socorro Garcia. identificado con Cédula No. 57.439.755 y Profesión Jefe. Enfermera. 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: Alicia 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 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 Título (**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/F NC4F-FORMATO-V NCULAC ON-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx | | |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.434.755

GARCIA
APELLIDOS

ALICIA DEL SOCORRO
NOMBRES

Alicia Garcia
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1972

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-OCT-1990 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

SIJI

Pantalla Principal

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57434755**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 57434755 | GACIA | RIVERA | ALICIA | DEL SOCORRO | 2022-07-21, 10:40 am |

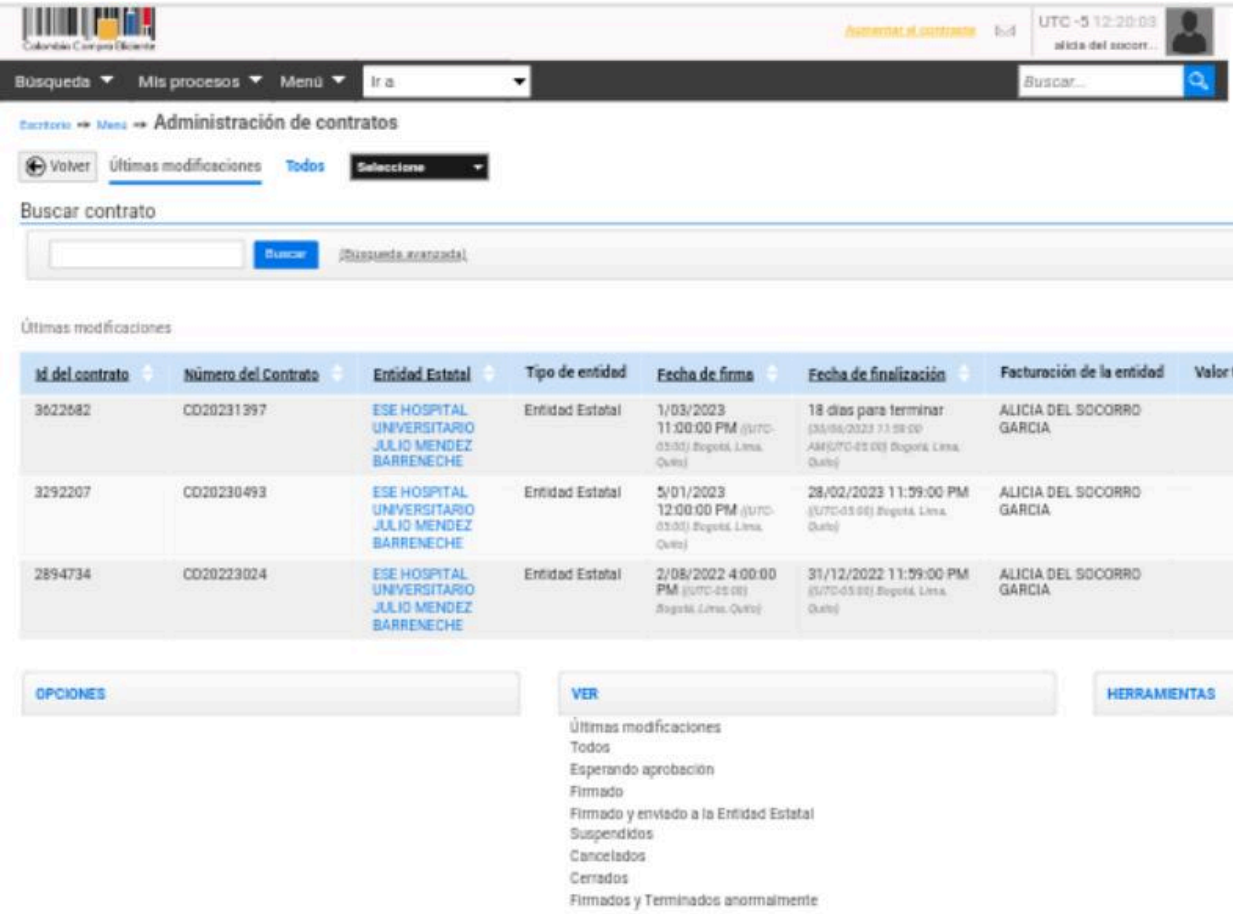
| HUMB | FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO<br>CONSULTA DE BASE DE DATOS | CODIGO: GJC18F<br>VERSION: 01<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023<br>PAGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

El(la) suscrito(a) Alicia del Socorro garcia. identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.434.755 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 _____ del mes de Junio de 2023.

Firma Alicia García
Nombre Alicia garcia.
Cédula 57.431.755


Aumentar el contraste
UTC -5 12:20:03
alicia del socorr...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio » Menú » Administración de contratos
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
3622682
CO20231397
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Entidad Estatal
1/03/2023 11:00:00 PM
18 días para terminar
ALICIA DEL SOCORRO GARCIA
11.600.000 COP
En ejecución
Detalle
3292207
CO20230493
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Entidad Estatal
5/01/2023 12:00:00 PM
28/02/2023 11:59:00 PM
ALICIA DEL SOCORRO GARCIA
5.800.000 COP
En ejecución
Detalle
2894734
CO20223024
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Entidad Estatal
2/08/2022 4:00:00 PM
31/12/2022 11:59:00 PM
ALICIA DEL SOCORRO GARCIA
14.500.000 COP
En ejecución
Detalle
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS

Santa marta D.T.C.H

Señores.

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MEDEZ BARRENECHE

ASUNTO: Oferta de servicios.

Yo ALICIA DEL SOCORRO GARCIA identificada con documento N. 57.434.755 expedida en santa marta, presento mi propuesta y disposición como enfermera jefe, para prestar los servicios de proveer cuidados integrales básicos a los usuarios y desarrollar las actividades cumpliendo las políticas institucionales y normas vigentes.

Por lo anterior me comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones especificas derivadas de la oferta y/o aquellas contenidas en los estudios de convivencia y/o oportunidad de la contratación.

PLAZO: Me sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad, de acuerdo a la necesidad del servicio.

VALOR Y FORMA DE PAGO: Los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la entidad, de acuerdo con su disponibilidad presupuestal.

PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar copia de mi hoja de vida con sus respectivos soportes legales, necesarios para la contratación

De antemano agradezco su atención prestada

Cordialmente.

Alicia Garcia

ALICIA DEL SOCORRO GARCIA

CC.57.434.755 expedida en santa marta

Cel:3012781653

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14364448455

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 57434755 | 6. DV: 2

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta: 19

14. Buzón electrónico:

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida: 2 | Cédula de Ciudadanía: 13 | 57434755 | 1990,10,30 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA: 169 | Magdalena: 47 | Santa Marta: 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GARCIA | | ALICIA | DEL SOCORRO |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA: 169 | Magdalena: 47 | Santa Marta: 001 |

41. Dirección principal: URB GARAGOA MZ 2 CA 15

42. Correo electrónico: garciariveraalicia@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 4343940 | 3012781653 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8692 | 2016,02,25 | | | | | 2224 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

54. Código:

### Exportadores

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

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha: 2016 - 02 - 25

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:

964. Nombre: BONNETH PALACIO DIANA MARGARITA
985. Cargo: Facilitador III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Garcia | | Alicia Del Socorro |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57434755 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 17 MES 02 AÑO 1972

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

Urbanización garagoa manzana 22 calle 15

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3012781653 EMAIL garciariveraalicia@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 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 | 9 | X | | ENFERMERIA | 05 | 2015 | 57434755 |

**CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS**

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| VIRTUAL | Fundación nuestra señora la esperanza | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | Fundación nuestra señora la esperanza | 12 | 2022 |
| VIRTUAL | Fundación nuestra señora la esperanza | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | Fundación nuestra señora la esperanza | 12 | 2022 |
| VIRTUAL | ENTHA | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | ENTHA | 12 | 2022 |
| VIRTUAL | ENTHA | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | ENTHA | 11 | 2020 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| ESPAÑOL | | | X | | | X | | | X |

## 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: CLINICA TAYRONA | | | PÚBLICA | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: MAGDALENA | MUNICIPIO: SANTA MARTA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 27 | Mes | 03 | Año | 2018 | Día | 18 | Mes | 10 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERA L5 | DEPENDENCIA: ENFERMERA SERVICIOS DE SALUD | | | | | | DIRECCIÓN | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA DE LA MUJER | | | PÚBLICA | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: MAGDALENA | MUNICIPIO: SANTA MARTA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 10 | Año | 2005 | Día | 27 | Mes | 12 | Año | 2014 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERA JEFE | DEPENDENCIA: JEFE ENFERMERA | | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 22 A ESTE - 22A ESTE calle 22 numero 21-16 | | | | | |

## 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 | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 9 | 9 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 9 | 9 |

## 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 7/06/23

Aliaa 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*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 10597 del 30 de Diciembre de 1971 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 3811 del 7 de Mayo de 1971 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1298 del 11 de Julio de 1980, otorgada por Ministerio de Educación Nacional

**Acta Individual de Graduación No. 21**

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA DE GRADO: 5 DE AGOSTO DE 2016.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que ALICIA DEL SOCORRO GARCIA
con cédula de ciudadanía No 57.434.755 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 12 en sesión del día 4 de agosto de 2016.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Sede, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDÓN RANGEL

Director(a) de sede: ADRIANA SANTARELLI FRANCO

Decano(a) Facultad: HAIDY ROCIO OVIEDO CORDOBA

Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 5 DE AGOSTO DE 2016.

Gloria Patricia Rave I.
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

004022

# Acta de Grado

República de Colombia

## Instituto Magdalena

**De Santa Marta - Magdalena**

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 15109 del 9 de Octubre de 1.984

En la ciudad de Santa Marta a los 4 días del mes de Diciembre año de 1.990 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Colegio Nacionalizado Instituto Magdalena Santa Marta Jornada Diurna modalidad Bachiller Comercial institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Comercial según Resolución(es) Número(s) 15109 de octubre 9 de 1.984

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de Bachiller comercial al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

| No. | NOMBRE |
|---|---|
| 51 | GARCIA ALICIA DEL SOCORRO |

DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I.# 07899 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 008 de fecha Diciembre 4 de 1.990 que consta de 96 alumnos graduados, comienza con el nombre de Amador Mercado Linda Rosa y se cierra con el nombre de García Alicia del Socorro

firmado y sellado por Carmen Castro Meza (Rector) y Carmen Escobar Granados (Secretario)

Dada en Santa Marta a los 14 días del mes de Diciembre de 1.990

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.

Firmado y Sellado

El Rector o Director(a)
Carmen Castro Meza
C.C. No. 32.469.368 de Medellín

El Secretario(a)
Carmen Escobar Granados
C.C. No. 36.522.202 de Santa Marta

DIPLOMA No.

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24189 del 29 de Diciembre de 1961 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 961 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1890 del 31 de Julio de 1991 Emanada del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

## ALICIA DEL SOCORRO GARCIA

con cédula de ciudadanía No. 57.434.755 de Santa Marta.
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

## ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 5 de Agosto de 2016

Director(a) Sede

Rector(a)

Gloria Patricia de Perez
Secretario(a) General

Folio No. 158 Libro de Registros No. 8 Registro No. 10237 Refrendado en Santa Marta el día 29 de Julio de 2016

Escaneado con CamScanner

## *HACE CONSTAR QUE:*

La enfermera **ALICIA DEL SOCORRO GARCIA** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.434.755, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

*REPUBLICA DE COLOMBIA*
*GOBERNACION DEL MAGDALENA*
*SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD*
*DESARROLLO DE SERVICIOS*

**RESOLUCION No 47-**

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una Instit. ión de Educación No Formal, en el área de la salud

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 875 de1994, emanados del Ministerio de Salud, y

**CONSIDERANDO**

1.- Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia e ercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación no formal. para su debido ejercic ).

2. Que **ALICIA DEL SOCORRO GARCIA** con cédula de ciudadanía No 57.434.755 de anta Marta - Magdalena ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Regi ro e Inscripción de su certificado como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, que le orgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GAB RIEL ANGULO, según acta de certificación No. 114 de diciembre 28 de 2001.

**RESUELVE**

**ARTICULO PRIMERO**: Registrar el certificado como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado a Que **ALICIA DEL SOCORRO GARCIA** con cédula de ciuda anía No 57.434.755 de Santa Marta - Magdalena por EL CENTRO DE EDUCACION EN S. UD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO

**PARAGRAFO**: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional

**ARTICULO SEGUNDO:** Notificar personalmente a **Alicia Del Socorro García** el conten o de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

**NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE**

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.001

**JAIME FORERO HENRIQUEZ**
Secretario de Desarrollo de la Salud

**PIEDAD DE LA HOZ OROZCO**
Profesional Universitario

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

**ALICIA DEL SOCORRO GARCIA**
C.C. 57.434.755

**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA**
Santa Marta

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA 2016-08-05
FECHA DE INSCRIPCIÓN RETHUS 2016-10-20



6197

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

**Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.**

**Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.**

FIRMA DEL PROFESIONAL

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General 2023-06-09 -2:15:31 AM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 57434755 | ALICIA | DEL SOCORRO | 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) ALICIA DEL SOCORRO GARCIA identificado(a) con CC 57434755 registra la siguiente información:

2023-06-09 -2:15:31 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2016-10-20 | 57434756 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Excento del SSO | Local | COLOMBIA\|NO APLICA\| | 1900-01-01 | 1900-01-01 | Sin Modalidad | Enfermeria | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

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).

**LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA**

***NIT:*** **900223619-0**

Reg. EN02295593-2020

CERTIFICA QUE:

*ALICIA DEL SOCORRO GARCIA*

**C.C. N° 57434755**

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

*ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012*

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 25 NOVIEMBRE DEL 2019. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS.

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

CARLOS A. RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

Escaneado con CamScanner

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

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

# *Certifica*

# *Alicia del Socorro García*

## *CC 57434755 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-09
Fecha de vencimiento: 2024-12-09

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

NG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

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

# *Certifica*

# *Alicia del Socorro García*

## *CC 57434755 de Santa Marta*

ealizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

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

Fecha de emisión: 2022-12-03
Fecha de vencimiento: 2024-12-03

IG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

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

# *Certifica*

# *Alicia del Socorro García*

## *CC 57434755 de Santa Marta*

zó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

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

Fecha de emisión: 2022-12-07
Fecha de vencimiento: 2024-12-07

NG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirección: CALLE 19 No. 3-60 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

Cendiatra

| | | | |
|---|---|---|---|
| SEDE | CENDIATRA SANTAMARTA | DIRECCIÓN | Calle 22 N° 14 - 70 Sala 7 Centro Medico Perlas del Caribe |
| TELÉFONO | 421 4644 - 421 6515 | EMAIL | servicio.cliente@cendiatra.com |
| FECHA DE EXAMEN | 2020-07-27 | TIPO DE EXAMEN | PREINGRESO |



**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos | ALICIA DEL SOCORRO GARCIA | | | Identificación CC | Nro 57434755 |
| Fecha de Nacimiento | 1972-02-17 | Edad | 48 | Sexo | F |
| Empresa | PARTICULAR/SANTAMARTA | | | | |
| Cargo | ENFERMERA | | | | |
| Fecha Ingreso | 2020-07-27 11:36:04 | Fecha Salida | 2020-07-27 11:37:33 | | |

**EXAMENES REALIZADOS**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO_DE_APTITUD**

| | |
|---|---|
| CONCEPTO DE APTITUD | SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO |

**RECOMENDACIONES**

| | |
|---|---|
| NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA | SI<br>Observaciones:<br>DIETA Y EJERCICIO SUPERVISADO |
| VALORACION EPS | SI<br>Observaciones:<br>NUTRICION |
| OTRAS: | NO PRESENTA |

**CONTROLES**

| titulo | |
|---|---|
| CARDIOVASCULAR | SI |
| OTROS | NO PRESENTA |

Isabel Jaraba Sarmiento

ISABEL JARABA
RM: 26671535
Firma y sello del médico

ALICIA DEL SOCORRO GARCIA
CC 57434755
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalizaci contrato. Artículo 62 CST.

Escaneado con CamScanner

CLINICA DE LA MUJER
APASIONADOS POR EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

**EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA DE LA CLINICA DE LA MUJER S.A.**

**CERTIFICA**

Que la Señora **ALICIA DEL SOCORRO GARCIA**, identificada con la cédula de ciudadanía **No. 57.434.755**, estuvo vinculada a esta empresa con contrato a término indefinido desde el 01 de octubre de 2005 hasta el 27 de diciembre de 2014. Desempeñando el cargo de **Auxiliar de Enfermería.**

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada, y se firma a los treinta y un (31) días del mes de Diciembre de 2014.

CLINICA DE LA MUJER S.A
NIT. 815.000.394-7
GESTIÓN HUMANA

**ANGELICA LOZANO CEDEÑO**
**Directora de Gestión Humana**

Calle 22 No. 21-16 Teléfonos: 420 46 30 / 420 46 31 / 4204089 Fax: 434 95 10
SANTA MARTA – COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

TAYRONA
CLINICA DE FRACTURAS

COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Santa Marta D.T.C.H, Septiembre 19 de 2018

**LA CLINICA DE FRACTURAS TAYRONA IPS S.A.S**
**CERTIFICA:**

Que la señora **ALICIA DEL SOCORRO GARCIA**, identificada con cédula de ciudadanía **N° 57.434.755** expedida en Santa Marta, Magdalena; labora en nuestra empresa como **ENFERMERA JEFE**, desde el 27 de marzo de 2018 hasta la fecha, con un contrato a término fijo, devengando un salario mensual de $ 1.100.000.oo (un millón cien mil pesos m.l), mas recargo nocturno, dominicales y subsidio de transporte.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada a los diecinueve (19) días del mes de Septiembre de 2018.

SIRLY RODRIGUEZ
Director Administrativo

CLINICA DE FRACTURAS TAYRONA I.P.S. S.A.S.
Shirly Rodriguez V.
Director Administrativo

NIT 900.553.752-8
Dir. Calle 18B N| 24 - 14 Barrio Libertador
Tels. 422 84 42 - 420 83 13 - 421 92 79

Escaneado con CamScanner

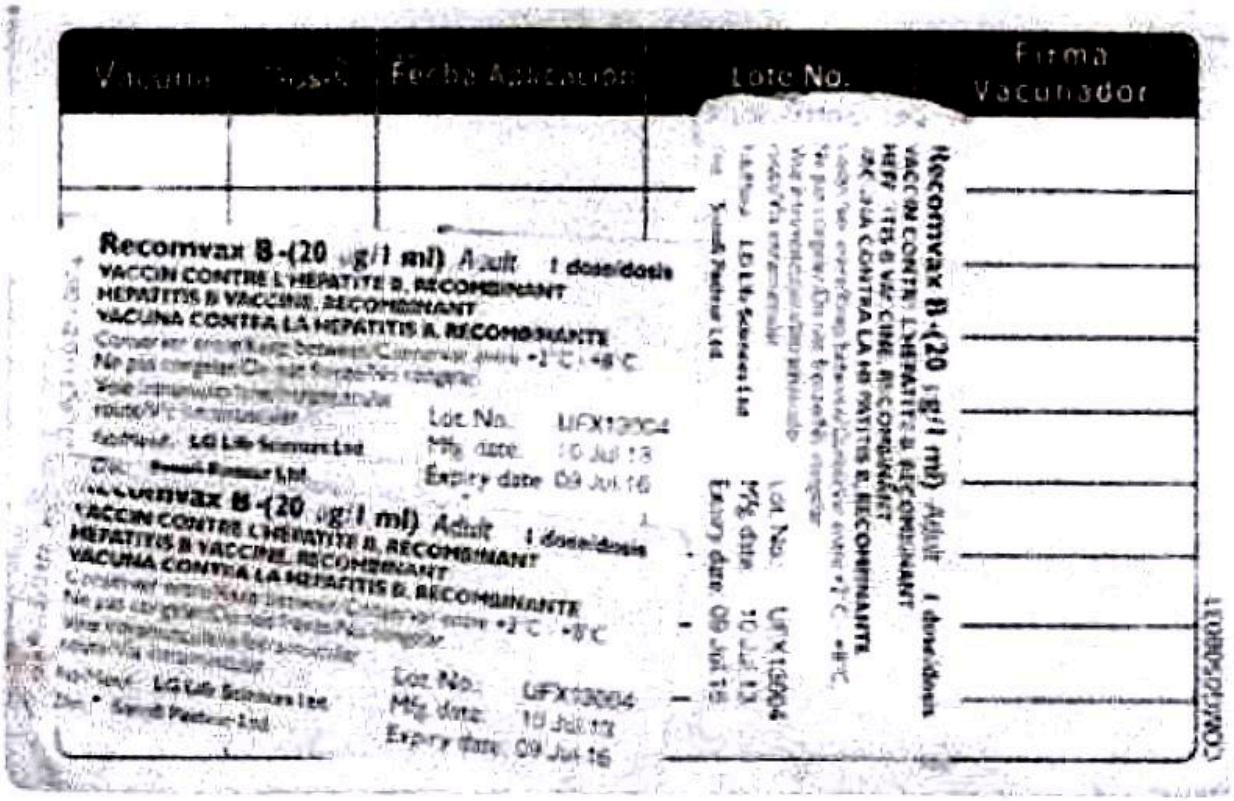
# Certificado de Vacunación

Institución: Clinica de la Mujer

Nombre: Alicia Garcia

Identificación: 57434755 Tel: _____

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hep B | 1 | 4-02-14 | UFX130C4 | |
| Hep B | 2 | 26-03-14 | UFX130C4 | |
| Hep B | 3 | 02-09-14 | UFX130C4 | |



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 | 2022-12-13 13:52 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ALICIA | DEL SOCORRO | GARCIA | |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 57434755 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | ALGARROBO |
|---|---|---|---|---|---|

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:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $31.200.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $31.200.000,00 |

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 | $300,00 |

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:

| |
|---|
| |

mutualser

Atención sin Larga vuelta

## CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **GARCIA  ALICIA DEL SOCORRO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **57434755** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

| | |
|---|---|
| Estado de la Afiliación: | **Activo** |
| IPS de atención: | **VIVA 1A IPS SA** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha de afiliación: | **01/06/2020** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 09 de junio del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

### Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



**LUIS BARRAZA**
**Director de Operaciones - Contributivo**
**infocontributivo@mutualser.org**
**MUTUAL SER EPS**

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**ALICIA DEL SOCORRO GARCIA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.434.755**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a* www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

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

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

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Alicia Del Socorro Garcia

Sexo: M | F

| Tipo de Documento | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|
| C.C. X C.E T.I R.C PP | 37434735 | Santa Marta | 30-10-1990 |

| 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 | | X | | | | |

| Fecha nacimiento | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| 17/07/1972 | Santa Marta | Urb Gaira 90 M2 2 C-15 | Santa Marta | Magdalena |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| Garciaurgalicia@hotmail.com | 3042791653 | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | Actividad Principal CIIU | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | Independiente | 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. T.I P.P | |

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | Cargo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H.U.J.M.B | Publica | | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| Kr: 14 Nº 23-42 Alcazares | Santa Marta | Alcazares | 4365007 |

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

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total Ingresos Mensuales | 2600000 | Total Egresos mensules | 2600.000 |
| Otros Ingresos Mensules | | Otros Egresos Mensuales | |
| Total Activos | 2600.000 | Total Pasivos | 2600.000 |
| 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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

Mi Salario como Enfermera

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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

Alicia Garcia

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leido y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):