

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.537.143**
GONZALEZ GARCIA

APELLIDOS
MYRIAM ESTHER

NOMBRES

Myriam Esther Gonzalez Garcia
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **13-JUL-1957**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2100100-00062704-F-0036537143-20080902 0002861962A 1 4450004940



LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GICPE
VERSION: 06
FECHA DE ULTIMA REVISION: 2/05/2024
PAGINA: 1/01

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Myriam Esthel González García Identificado con Cédula No. 36 537 143 y Profesión Auxiliar de Enfermería 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: Myriam González García

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:			SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad			
2	Cedula de Ciudadanía			
3	Registro Proveedores - Persona Natural - Disponible en: https://siil.huimb.gov.co/proveedores/pnatural.php			
4	Formato Consentimiento Informado - Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://huimb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/			
5	Capture de Pantalla - Usuario SECOP II (Pantallazo)			
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)			
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)			
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)			
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)			
10	Hoja de Vida - Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)			
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)			
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente - Mes Actual).			
13	Convalidación de Título (Médicos Generales y Especialistas) - Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.			
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)			
15	Tarjeta Profesional			
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)			
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)			
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).			
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).			
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).			
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico - PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).			
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal - NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).			
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)			
24	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.			
25	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)			
26	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.			
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de Urgencias y Transporte Asistencial).			
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).			
29	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)			
30	Soporte de experiencia laboral.			
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.			
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://www3.funcionpublica.gov.co/fdcl/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)			
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE - Mes Actual)			
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE - Mes Actual)			
36	Formato SARLAFT - Persona Natural. Disponible en: https://huimb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/			



SII

Ingreso numero de identificación

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: 36537143

Resultados encontrados:

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

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Powered by  CamScannerPowered by  CamScannerPowered by  CamScanner

El (la) suscrito(a) Myriam Esther González García identificado con C.C./C.E./P.P No. 36537143 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 08 del mes de septiembre de 2023.

Firma
Nombre
Cédula

Myriam González García
Myriam Esther González García
36537143



Configuraciones de Perfil

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

Editar

Información del usuario

Nombre
Cargo
Título
Nombre
Apellidos
Fecha de nacimiento
Nombre y apellido MIRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA
Tipo de documento
Número de documento
Dirección
Código postal
Estrato
Ubicación
País COLOMBIA
Correo electrónico miriamgonzalezgarcia1307@gmail.com
Teléfono
Celular 3007914724
Nivel Educativo



Configuración

Zona horaria (UTC 05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta 3007914724
SMS para recuperar la contraseña 3007914724

Editar

Santa Marta, septiembre 08 del 2023

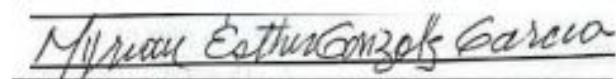
Doctor
German Gaviria Vargas
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo:

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

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

Atenta



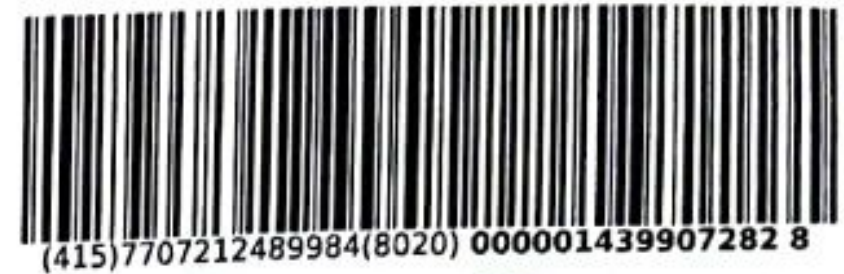
MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA

C.C 36.537.143

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14399072828



(415)7707212489984(8020) 000001439907282 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 6 5 3 7 1 4 3

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

3 6 5 3 7 1 4 3

27. Fecha expedición

1 9 7 7, 0 7, 0 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

GONZALEZ

32. Segundo apellido

GARCIA

33. Primer nombre

MYRIAM

34. Otros nombres

ESTHER

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CR 33 9 B 04 BRR BASTIDAS

42. Correo electrónico

yazmibal@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 0 0 7 9 1 4 7 2 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 6 9 2

2 0 1 1, 1 0, 1 0

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

1

2

50. Código

Ocupación

51. Código

5 1 3 2

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																							

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2016 - 12 - 28

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 QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA

985. Cargo Analista III



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Gonzalez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASAÑA) Garcia	NOMBRES Myriam Esther	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 36537143	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 13 MES 07 AÑO 1957 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 33 9B 04 casa bastidas PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO EMAIL miriangonzalez57@hotmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA															
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1º A 5º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º A 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	12	AÑO	1998	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)															
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:															
TC (TÉCNICA)				TL (TECNOLÓGICA)				TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)				UN (UNIVERSITARIA)			
ES (ESPECIALIZACIÓN)				MG (MAESTRÍA O MAGISTER)				DOC (DOCTORADO O PHD)							
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).															
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL								
		SI	NO		MES	AÑO									
PREGRADO	4	X			08	1981	0617								

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO
Seminario	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SEMINARIO REANIMACION CEREBRO PULMONAR	01	2000
Seminario	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN PREOPERATORIO	11	2012
Taller	HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	BIOSSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	01	2012
Taller	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	REGISTRO DE BALANCE DE LIQUIDOS	11	2009
Cursos	SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	RELACIONES INTERPERSONALES	05	2008

1

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4365007			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	10	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcaceres						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4365007			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	07	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcaceres						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4365007			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	05	Año	2020	Día	30	Mes	06	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcaceres						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD REDCARIBE				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 365798			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2010	Día	27	Mes	10	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 50 N 75 20						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	7

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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

Santo Marito
Myrian Esther Gonzales 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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018009917778 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co



La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Comunal de Bachillerato
"Rodrigo de Bastidas"

Santa Marta - D.T.H.C.

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución
No. 1216 del 14 de Diciembre de 1998.
Confianza

MIRIAN ESTHER GONZALEZ GARCIA

Identificado(c) con CC No. 136537143

Expedida en Santa Marta

El Título de

Bachiller Académico

Especialidad en Ciencias

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

Rector,



Secretario,

E. J. J. J. J.

Le Bourcier

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 7 Folio No. 17 Diploma No. 11

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



ACTA DE GRADO

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

COLEGIO COMUNAL DE BACHIELLERATO

Rodrigo de bastida

HACE CONSTAR QUE:

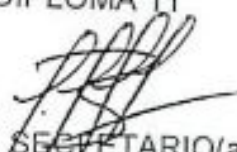
MYRIAM ESTHER GONZÁLEZ GARCÍA

Con documento de identificación No. CC. 36.537.143
REALIZO Y APROBÓ

BACHILLER ACADÉMICO
CON ESPECIALIDAD EN CIENCIAS

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


RECTOR(A)
LIBARDO REYES HOYOS


SECRETARIO(a)
EDUARDO MEDINA ROSAS

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



REGIONAL DISTRITO CAPITAL

ACTA DE GRADO

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

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE:

MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA

con documento de identificación No. CC. 36.537.143

REALIZO Y APROBO LA ESPECIALIDAD

AUXILIAR DE ENFERMERIA

CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL C.A.P.

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

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR(A) CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONFIERE A

MYRIAM ESTHER GONZÁLEZ GARCÍA

C.C.

36.537.143 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

Certificado de Aptitud Profesional

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

FIRMA AUTORIZADA

FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN
SALUD

CENTRO DE FORMACION

BOGOTÁ, D. C.

3 de Agosto de 1981

CIUDAD Y FECHA DE TERMINACION

REGISTRO Y CERTIFICACION

.77455

3 de Agosto de 1981

No. DE REGISTRO Y FECHA DE EXPEDICION

DUPLICADO



República de Colombia
Gobernación Departamento del Magdalena



RESOLUCIÓN Nro. 47 # 3855

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

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

CONSIDERANDO:

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

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

RESUELVE:

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

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

01 NOV 2019

ANSELMO HOYOS FRANCO
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

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

"Magdalena Social es La Vía"
Cra1 No. 16-15 Palacio Tayrona

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

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

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

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

Información Académica

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

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

República de Colombia



Departamento del Magdalena

**CORPORACION EDUCATIVA
INSALUD**
¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

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

Teniendo en cuenta que:

MYRIAM ESTHER GONZÁLEZ GARCÍA

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 36.537.143

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

Violencia Sexual

Con una intensidad total de 30 horas, virtuales.

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

Ed...
Director **CORPORACION EDUCATIVA
INSALUD**
¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

D...
Coordinador



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

Certifica
Miryam Esther Gonzalez Garcia
c.c. 36537143 de Santa Marta - Magdalena

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

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

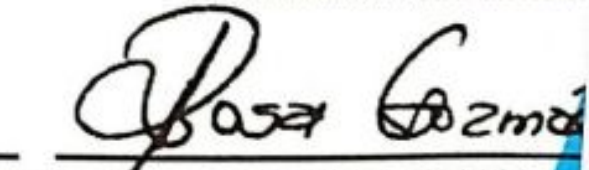

FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.or



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica
Miryam Esther Gonzalez Garcia
CC 36537143 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-09-21
Fecha de vencimiento: 2025-09-21



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica
Miryam Esther Gonzalez Garcia
CC 36537143 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-09-19
Fecha de vencimiento: 2025-09-19



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ
CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 16/05/2023

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR

Nombre completo: MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA

Responsable: El mismo paciente

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Edad: 65

Estado civil: Divorciado (Separado)

Teléfono:

N° hijos: 3

EPS: Nueva EPS

Empresa en misión:

Identificación: CC: 36537143

Acompañante: Ninguno

Fecha nacimiento: 13/07/1957

Genero: Femenino

Escolaridad: Técnica

Dirección:

ARL:

AFP: Colpensiones



Exámenes analizados

- Examen medico ocupacional .

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

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

Recomendaciones específicas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS DE BASE POR EPS.

NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

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

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

Laboratorio Clínico Martínez S.A.S

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

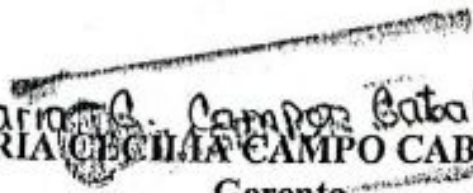
LA SUSCRITA GERENTE

CERTIFICA

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

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

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


MARIA CECILIA CAMPO CABALLERO
Gerente

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 36537143 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 19/09/2023 06:07 PM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
COVID-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Myriam Esther**
Apellidos: **Gonzalez García**
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuit ☐

No. **36537143**

Fecha de nacimiento: Día **13** Mes **07** Año **1957**

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **MYRIAM ESTHER**
Apellidos: **GONZALEZ GARCIA**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **36537143**

Fecha de nacimiento: Día **13** Mes **06** Año **1957**

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Myriam**
Apellidos: **Gonzalez Garcia**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. **36537143**

Fecha de nacimiento: Día **13** Mes **07** Año **1957**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29/03/2021	Astrazeneca	CTHAW19	HUTHB	Azoris Correa	57170484
	2	23/07/2021	Astrazeneca	CTHAW19	Ips San Gabriel	Maryuri's Hernandez	1148962493
		03/12/2021	Pfizer	FJ1966	Preventiva	Nicole Fajardo	1004363425

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	1-09-21	P00312087	HNMO ex Pco
Otras		13-7-21	450222014	HNMO ex Pco

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	22-03-18	SNF N3127	edaf
Toxóide Tetánico - Diftérico (Td)	1	22-03-18	221501916	edaf
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	15-05-19	VSV22006	edaf
Otras				

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Miriam Esther

Apellidos:

Conzales Goveia

Documento

de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ FEP ☐ otro ☐ cuál:

No. 36.537.143

Fecha de

nacimiento:

Día 13 Mes 07 Año 1957

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29-03-2021	Astrazeneca	CTMAN519	HUJMB	Erika Aguirre	64869701
	2	03-07-21	Astrazeneca	NH0302	San Gabriel	Maryus Hernandez	1148962497
		03 12 2021	PFIZER	FJ1966	Prevenir 7-A	Nicole Fojardo	1004363485

Tipo de declaración **PERIÓDICO** Fecha de publicación **2023-02-14 19:29**

Nombres y apellidos completos

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

Documento de identificación

Tipo **CEDULA DE CIUDADANIA** Número **36537143**

Lugar de nacimiento

País **COLOMBIA** Departamento **MAGDALENA** Municipio **SANTA MARTA**

Lugar de domicilio

País **COLOMBIA** Departamento **MAGDALENA** Municipio **SANTA MARTA**

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

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País **COLOMBIA** Departamento **MAGDALENA** Municipio **SANTA MARTA**Dirección **["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]**Cargo o función que cumple **CONTRATISTA**

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$1.800.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

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

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de septiembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



CERTIFICA QUE:

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

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

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 19 días del mes de septiembre del año 2023.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Ciudad Santo Marta	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Myriom Esther Gonzalez Garcia		Sexo M ☐ F ☒ X	
Tipo de Documento		Número	Expedida en
C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ R.C. ☐ P.P. ☐		36.537.143	Santo Marta
Estado Civil (Selección)		Nivel educativo	Fecha de Expedición
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐	8-07-77
No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda	Zona Ubicación
1		Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☒	Rural ☐ Urbana ☒
Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	
13 07 1957	Santo Marta	Cra. 33 N° 9B-04	
Correo Electrónico		Municipio / Ciudad	Departamento
miriagonzalez57@hotmail.com		Santo Marta	Magdalena
Ocupación (Selección)		No. Celular	Teléfono
Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hoger ☐ Jubilado ☐		3007914724	
Detalle Actividad Económica		Actividad Principal CIU	
Asistente de Enfermería		Apoyo Terapéutico	

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
HUSMIB	Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐	Otra, cual?	Asistente de Enfermería
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra 14 # 23 - 42	Santo Marta	Alcazorez	4365007
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		Si	No
		☐	☒

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	Total Egresos mensuales
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes	Año
	Es declarante? Si ☐ No ☒
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?	
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP? N.A.	
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: N.A.	

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

efectúan transacciones con dinero proveniente de actividades lícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré 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 Barrera a 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, editar y divulgar la información de carácter personal y/o financiero 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 Barrera, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercados, 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 consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento 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 Barrera 2) me reservo el derecho a cancelar, actualizar, rectificar, modificar, eliminar la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrera 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 Méndez Barrera 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

Firma y Huella	
Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):	
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento	