E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO, Identificado con Cédula No. 57.290.321 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO

	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://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.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 Titulo (**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 **VICTIMAS 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/fdci/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://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **57.290.321**

JIMENEZ FONTALVO

APELLIDOS

SIRLY YOJANA

NOMBRES

Shirly Jimenez F.

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-1981**

CERRO DE SAN ANTONIO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

20-DIC-2000 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-00980154-F-0057290321-20180219 0059559648A 1 9903411234

Scanned with CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57290321**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57290321	JIMENEZ	FONTALVO	SIRLY	YOJANA	2022-06-20, 4:27 pm

Scanned with CamScanner

El (la) suscrito(a) SIRLKY YOJANA JIMENEZ FONTALVO identificado con C.C./C.E./P.P No. 57290321 expedida en CERRO SANTONIO, 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 02 del mes de diciembre de 2023.

Firma Shirly Jimenez F.
Nombre SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO
Cédula 57290321

COPIA CONTROLADA

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
4032625	CD20232399	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	1/07/2023 9:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	27 días para terminar *(30/09/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO	5
3621571	CD20231169	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	1/03/2023 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/06/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO	7
3491156	CD20231135	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	7/02/2023 1:15:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	28/02/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO	1
2947714	CD20223463	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	18/08/2022 5:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/12/2022 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO	8

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, 1 de Diciembre 2023

Doctor:
GERMAN VARGAS MOSQUERA
Gerente
Hospital Julio Mendez Barreneche

REFERENCIA: PROPUESTA DE TRABAJO

Cordial Saludo

El suscrito **SHIRLEY YOJANA JIMENEZ FONTALVO** identificada con cedula de ciudadanía **No 57.290.321** expedida en **CERRO DE SAN ANTONIO** de acuerdo con los requerimientos del Hospital Julio Méndez Barreneche, me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta para ejercer mis funciones como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en esta institución.

En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones del objeto del contrato que se me adjudique, contando con tener la oportunidad que esta propuesta sea aceptada

Atentamente,

SHIRLEY YOJANA JIMENEZ FONTALVO

C.C. **57.290.321**

Dirección: Calle 9 C # 59- B-18

Email: Shirlyjimenezf@hotmail.com

Cel: 3008821340

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14888145125

(415)7707212489984(8020) 000001488814512 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 7 2 9 0 3 2 1	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 7 2 9 0 3 2 1	2 0 0 0 1 2 2 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JIMENEZ	FONTALVO	SIRLY	YOJANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL FUNDADORES 59 B 18

42. Correo electrónico shirlyjimenezf@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 8 8 2 1 3 4 0	3 2 0 5 6 9 6 9 7 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 3 0 7 3 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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 2023 - 01 - 13 / 14 : 29: 00

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 JIMENEZ FONTALVO SIRLY YOJANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Jimenez	Fontalvo	Sirly Yojana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57290321 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 05 MES 06 AÑO 1981

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 9 C 59 B 18 casa fundadors

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL shirlyjimenezf@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES		AÑO	
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*

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

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3008821340	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 23 - CRA 14 No 23-42 ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVISALUD DEL CARIBE SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4212090	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AMBULANCIA Y URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE 23 4 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SANTA MARTA POR EL NIÑO (FUSAM)			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3015658263	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	06	*Año*	2013	*Día*	01	*Mes*	03	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 26 4 05					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5 **TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	1

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA 2023

SHARLEY JIMENEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LA REPÚBLICA DE
COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA:

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA -SS-
"ASMEMAG"

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento segun Resolucion No. 0508 y Registro de Programa segun Resolución No. 407, emanada por la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0048 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO

TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A: SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 57290321

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1709 horas.

Dado en Santa Marta a los 26 días del mes de Octubre de 2012

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 2 Registro 41 del Libro de Actas 003

F-CAO-416 V.1

Scanned with CamScanner

ASMEMAG

Corporación ASMEDAS Magdalena –SS-
Nit: 900258910-0

ACTA DE CERTIFICACION INDIVIDUAL No. 015

En la ciudad de Santa Marta, a los veintiséis (26) días del mes de Octubre del año 2012 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes del programa de AUXILIAR EN ENFERMERÍA y AUXILIAR EN SALUD ORAL, el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA – SS- "ASMEMAG"**, Institución con licencia de funcionamiento según Resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010, y Registro de Programas según Resoluciones número 407 y 0501 del 24 de Febrero de 2011 y 30 de Marzo de 2011 respetivamente, emanadas por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdos número 0048 y 0082 del 21 de Enero de 2011 y del 28 de Febrero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud. Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de Aptitud Ocupacional Por Competencias Como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** al estudiante cuyos apellidos, nombres y documento de identidad se relacionan a continuación: **JIMENEZ FONTALVO SIRLY YOJANA**, identificado(a) con documento No. **57290321.**

La anterior acta fue fechada el 26 de Octubre 2012 e inicia con los apellidos y nombres de **ARANGO MARTINEZ KARELYS MISTH** y culmina con los apellidos y nombres de **ZAMBRANO PEREZ WENDY JHOANA.**

Fue firmada por el Director **MANUEL DEL PRADO BRITO**, y la Secretaria General **MARTHA LÓPEZ GONZALEZ**

Se expide en Santa Marta D.T.C.H., a los veintiséis (26) días del mes de Octubre del año 2012.

Firmado y Sellado

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA
ASMEMAG
NIT. 900.258.910-0

MANUEL DEL PRADO BRITO
Director

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA
ASMEMAG
NIT. 900.258.910-0

MARTHA LOPEZ GONZALEZ
Secretaria General

Scanned with CamScanner

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 0723
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 57.290.321, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por **LA CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA -SS- "ASMEMAG"** de SANTA MARTA - MAGDALENA según Acta de Certificación Individual No. 015 del día 26 de Octubre de 2012.

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 **SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 57.290.321, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 13 FEB 2013

Zandra Castañeda López

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado por: Piedad De la Hoz Orozco- Profesional Universitario

RESPETO POR EL MAGDALENA

Scanned with CamScanner

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
57290321

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *

Cambiar

9346

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-04→10:22:24 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57290321	JIMENEZ	FONTALVO	SIRLY	YOJANA	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) JIMENEZ FONTALVO SIRLY YOJANA identificado(a) con CC 57290321 registra La siguiente información:

2023-12-04→10:22:24 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-02-13	723	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).

CEFMED-SST

CENTRO DE FORMACIÒN MEDICO Y ASESORÌA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
NIT.1075275666-9

Código
BOG-AVVS 256

CERTIFICA QUE:

Shirly Yojana Jimenez Fontalvo

C.C. No 57.290.321

Asistió y Participó en la Acción de Formación

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Decreto 1075 DE 2015, Parte 6, Titulo 6, Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional. *MODALIDAD VIRTUAL* e Intensidad de 40 horas, en constancia se firma en Bogotá a los 16 días del mes de Junio de 2023. Licencia en Salud Ocupacional Resolución 12657 emitida por la directora de calidad de servicios de salud de la Secretaria Distrital de salud Bogotá D.C.

Vigencia Dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

CEFMED-SST
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y SST
CARLOS EDUARDO ZAMORA LÓPEZ
REPRESENTANTE LEGAL
PROFESIONAL SST

CEFMED-SST
CENTRO DE FORMACION MEDICO Y SST
ANJULIET FLÓREZ ZORRILLO
PSICÓLOGA, UNI. SAN MARTIN
INSTRUCTORA

Link de verificación: www.cefmedsstedusalud.com/certificacion
3136022195-3142104905 Cefmedsst@gmail.com

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Shirly Jojana Jiménez Fontalvo

CC 57290321 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2023-11-28
Fecha de vencimiento: 2025-11-28

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Shirly Jojana Jiménez Fontalvo

CC 57290321 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: 2023-11-28
Fecha de vencimiento: 2025-11-28

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
NORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

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

Certifica

Shirly Jojana Jiménez Fontalvo

c.c. 57290321 de Santa Marta

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

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

IG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Scanned with CamScanner

Fecha:	30/01/2023 09:30:00
Nombre:	**SIRLY JIMENEZ FONTALVO**
Edad:	41 Años
Documento:	57290321
Estudio: 871121	**RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)**
Entidad:	AISOM LTDA

Resultado del estudio

Silueta cardio-aórtica de tamaño y morfología usuales.
La transparencia y la vascularización pulmonar son satisfactorias, sin evidencia de nódulos, masas o consolidaciones parenquimatosas.
Espacios pleurales libres.
Tráquea y mediastino sin alteraciones.
Estructuras óseas visualizadas de aspecto normal.

CONCLUSION:
ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES.

Cordialmente;

DIANA PATRICIA LOPEZ GIRADO
MEDICO RADIOLOGO
RM: 301/2002
DIGITADO POR: STHEFANNY

A.I.S.O.MLTDA.

SISTENCIA INTEGRALEN MEDICINA DE TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900260832 -O

VISIOMETRIA

NOMBRE: SIRLY JIMENEZ FONTALVO

SEXO FEMENINO

IDENTIFICACION 57290321

VISIOMETRIA

AGUDEZA VISUAL

CERCA	LEJOS
OJO DERECHO 0.5	20/40
OJO IZQUIERDO 0.5	20/40

INTEPRETACION

ANORMAL

CONTROL CON OPTOMETRIA

MIRTA NUÑEZ GUTIERRREZ

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

RM 386 LSO 1725

A.I.S.O.M. LTDA.
ASISTENCIA INTEGRALEN MEDICINA DE TRABAJO Y SALUD
OCUPACIONAL NIT. 900260832 - 0

Fecha: 30/01/2023

Paciente:	**SIRLY YOJANA JIMÉNEZ FONTALVO**		Recepción: 002
Edad: 41 A	Sexo: F	Identificación: 57290321	Fecha Rcp: 30/01/2023
Teléfono:		Medico:	
Empresa: Particular			

INMUNOLOGÍA

Resultado

V.D.R.L. SEROLOGÍA: No Reactivo

HEPATITIS B AG. DE SUPERFICIE: Negativo

MICROBIOLOGIA

BACILOSCOPIA (B.A.A.R.)

Muestra Estudiada**:** Esputo
Bacilo Acido Alcohol Resistente No se observa **(B.A.A.R.)**

Dra. LIDA JIMÉNEZ C.
BACTERIÓLOGA

Teléfono 4354299- 3217551107
Calle21 No.14-33 barrios los alcazares
aisomltda@hotmail.com

SHIRLY JOHANA JIMENEZ FONTALVO

SERVISALUD DEL CARIBE.ES S.A.S.
N.I.T. 900.435.141-2

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

LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CERTIFICA

Que **SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO** Identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 57.290.321, **laboro** en esta empresa desde el primero (01) de Febrero de 2017 hasta el 30 de noviembre de 2018, en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** destacándose por ser una persona cumplidora de sus funciones.

Se expide el presente documento, de acuerdo a Ley, para los fines que el interesado crea conveniente, en Santa Marta a los dos (2) días del mes de Octubre de 2019.

Atentamente,

SERVISALUD DEL CARIBE.ES S.A.S N.I.T. 900.435.141-2

ANGIE SERNA CARVAJAL
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

Scanned with CamScanner

SHIRLY JOHANA JIMENEZ FONTALVO

LASCIDES AVENDAÑO VENERA
CC. 85.452.655

CERTIFICO:

Que la señora SHIRLY JIMÉNEZ FONTALVO , identificada con cedula de ciudadanía No. C.C. 57.290.321 de Santa Marta (Magdalena) hace turnos como auxiliar de enfermería mediante la modalidad de ordenes de servicios de acuerdo a la necesidad de los turnos desde el año 2014 hasta la fecha con un promedio de pago de $900.000 (Novecientos Mil Pesos) por dichos turnos de acuerdo a la orden de servicio.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado a los Tres (3) días del mes de Noviembre de 2016.

LASCIDES AVENDAÑO V.
CONTADOR
T.P 44051-T

Scanned with CamScanner

Salud y bienestar
a tu alcance

Santa Marta D.T.C.H, 23 de junio de 2022

Señor (a)
SIRLI YOJANA JIMENEZ FONTALVO
shirlyjimenezf@hotmail.com

Asunto: Respuesta a su solicitud del 22 de junio de 2022.

SERGIO HERNANDEZ MORENO, actuando como Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, de manera respetuosa y dentro de los términos de ley, me permito dar respuesta sobre la petición de la contratista identificada como **SIRLI YOJANA JIMENEZ FONTALVO.**

Al respecto revisada la información contractual que reposa en la entidad la señora **SIRLI YOJANA JIMENEZ FONTALVO.** identificado con **C.C. 57.290.321**, desarrollo los contratos por prestación de servicios relacionados a continuación:

NUMERO DE CONTRATO	FECHA DE CONTRATACION	OBJETO
345	14/02/2019	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA, PARA APOYAR A LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL EN EL CUIDADO BASICO INICIAL DEL PACIENTE GARANTIZANDO LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS DIFERENTES UPSS DE LA ESE ALPROREV
775	16/04/2019	
953	17/06/2019	
1575	1/11/2019	
197	2/01/2020	
197-1	29/04/2020	
597	1/06/2020	
1210	31/07/2020	
1210-1	28/09/2020	
1516	30/10/2020	
0219	1/01/2021	
0593	1/02/2021	
0593-1	30/06/2021	
1283	1/08/2021	
150	01/01/2022	Se dio por terminado de manera unilateral por parte de la entidad el 03 de junio de 2022.

Así mismo se aclara que no existió ningún tipo de relación laboral con la peticionaria, de igual manera esta respuesta no constituye acto administrativo.

Se suscribe de usted.

SERGIO HERNANDEZ MORENO
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica
E.S.E. Alejandro Prospero Reverend

Scanned with CamScanner

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 57290321 **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 02/12/2023 02:38 PM

Código Verificación: **YW1T9QR3XG**

Válida hasta: **01/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

A.I.S.O.M. LTDA.
ASISTENCIA INTEGRALEN MEDICINA DE TRABAJO Y SALUD
OCUPACIONAL NIT. 900260832 - 0

Fecha: 30/01/2023

Paciente:	**SIRLY YOJANA JIMÉNEZ FONTALVO**		Recepción: 002
Edad: 41 A	Sexo: F	Identificación: 57290321	Fecha Rcp: 30/01/2023
Teléfono:		Medico:	
Empresa: Particular			

INMUNOLOGÍA

Resultado

V.D.R.L. SEROLOGÍA: No Reactivo

HEPATITIS B AG. DE SUPERFICIE: Negativo

MICROBIOLOGIA

BACILOSCOPIA (B.A.A.R.)

Muestra Estudiada**:** Esputo
Bacilo Acido Alcohol Resistente No se observa **(B.A.A.R.)**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	JUI/15/10	012N8022	Marthe
Fiebre amarilla	Única	21-05-19	P3073	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	21-05-19	22150021	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	31-05-19	1434034.02	
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	31-05-19	TA393	
Otras		28/05/20	V5022006	

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: SIRLY YOJANA

Apellidos: JIMENEZ PONTALVO

Documento de identidad: C.C. / T.I. Pasaporte No. 57290321

Fecha de Nacimiento: Día. 05 Mes. 06 Año. 1981

Scanned with CamScanner

FUNCIÓN PÚBLICA

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES YRENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	OTRO	Fecha de publicación	2023-02-05 14:28

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SIRLY	YOJANA	JIMENEZ	FONTALVO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57290321

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CONCORDIA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CONCORDIA

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/ uotra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección: CRA14 No 23-42 ALCAZARES

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 prestacióndel 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	$21.600.000
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$00
Honorarios	$1.800.000.00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$23.400.000

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 AHORROS	COLOMBIA	$ 300.000,00

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 [X]

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 dejunta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con

ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57290321
NOMBRES Y APELLIDOS	Jimenez Fontalvo,Sirly Yojana
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Jimenez Fontalvo,Sirly Yojana, a los 01 días del mes de diciembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.290.321**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	SIRLY YOHANA JIMENEZ FONTALVO									Sexo			
										M		F	X

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		57,290,321	SANTA MARTA	20/12/2000

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		4			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
5	6	1981	SANTA MARTA	CALLE 9 C No. 59 B 18	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
shirlyjimenezf@hotmail.com	3001340882	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
KRA 14 No. 23-42	SANTA MARTA	ALCACERES	6054346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1,800,000	Total Egresos mensules	1,800,000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes / Año	Es declarante?	SI / NO X

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

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:

SALARIO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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

Shirley Jimenez

5. FIRMA Y HUELLA

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

Powered by CamScanner