HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GIC12F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 17/01/2023 PAGINA 1 de 4

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Carmen Leonor Fawcett Ruiz Identificado con Cédula No. 36 554 068 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: Carmen L. Fawcett Ruiz

	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://sili.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/**		

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

36554068

APELLIDOS

FAWCETT RUIZ

NOMBRES

CARMEN LEONOR





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1964

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

06-NOV-1983 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2100100-51088311-F-0036554068-20010901 0162301242A 02 097744662

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Pantalla Principal

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36554068**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36554068	FAWCETT	RUIZ	CARMEN	LEONOR	2022-03-06, 4:37 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) Carmen Leonor Fawcett Ruiz identificado con C.C./C.E./P.P No. 36554068 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 05 del mes de diciembre de 2023.

Firma Carmen L. Fawcett Ruiz
Nombre Carmen Leonor Fawcett Ruiz
Cédula 36554068

COPIA CONTROLADA

secop.gov.co/CO1Marketpl

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	Auxiliar de enfermería
Título	Sra.
Nombre	CARMEN LEONOR
Apellidos	FAWCETT RUIZ
Fecha de Nacimiento	30/11/1964 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	36554068
Dirección	Manzana. I casa 10 santa Lucía
Código postal	004
Estrato	2
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	CARMENF3011@HOTMAIL.COM
Teléfono	3014631469
Celular	3014631469
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

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 tu apodo?
Respuesta	carmencita
SMS para recuperar la contraseña	3014631409

Editar

inglés español
Powered by CamScanner

Santa Marta, Diciembre 05 del 2023

Doctor
German Gaviria Vargas
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Propuesta de Servicios.

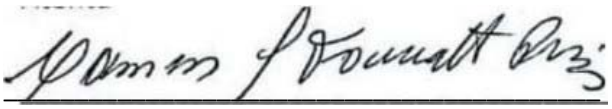
Carmen Leonor Fawcett Ruiz
C.C 36.554.068
Dirección: manzana I casa 10 santa lucia
Celular: 3014631409
Correo: carmenf3011@hotmail.com

Cordial saludo:

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

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

Atenta



Carmen Leonor Fawcett Ruiz

C.C 36.554.068

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14947611141

(415)7707212489984(8020) 000001494761114 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 6 5 5 4 0 6 8	9	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	3 6 5 5 4 0 6 8	1 9 8 3 1 1 0 6

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
FAWCETT	RUIZ	CARMEN	LEONOR

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
MZ I CA 10 URB SANTA LUCIA

42. Correo electrónico carmenf3011@hotmail.com

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

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 1 1 0 1 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2023 - 09 - 15 / 08 : 14: 36

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 COHEN PONCE JORGE RICARDO
985. Cargo Analista III

Fecha generación documento PDF: 15-09-2023 11:21:55AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Fawcett	Ruiz	Carmen Leonor

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36554068	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES 11 AÑO 1964

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Manzana I casa 10 Casa Santa Lucia Santa Marta

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4351673 EMAIL carmenf3011@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1984
										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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			07	1987	316

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Cursos	ESCUELA DE ENFERMERIA GABRIEL ANGULO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CURSO	01	4000
Seminario	HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	PERSONAL BRANDING POR PARTE DE LA OFICINA DE SALUD OCUPACIONAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	04	2014
Seminario	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	INFORMATICA BASICA	06	2003
Seminario	SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CIRCULANTES EN SALAS DE CIRUGIA	11	2001

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	AREA CIRUGIA	CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	AREA CIRUGIA	CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR AREA DE SALUD	AREA CIRUGIA	CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXIIAR AREA DE SALUD	AREA CIRUGIA	

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*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*	30	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 SANTA MARTA						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*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*	30	*Mes*	06	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 SANTA MARTA						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD REDCARIBE CTA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3689786	*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* CALLE 167 62 55 BARRANQUILLA						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SORY C			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	01	*Año* 2009	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SORY C			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2008	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2008	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SORY C			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2007	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SORY C			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	04	*Año*	2007	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	08	*Año*	1997	*Día*	12	*Mes*	09	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* GOBERNACION DEL MAGDALENA					

4 **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

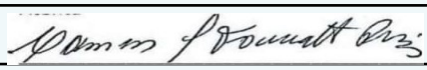
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	17	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	22	0

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 05 diciembre 2023



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia
Departamento del Magdalena

Escuela de Auxiliares de Enfermería
"Gabriel Angulo" de Santa Marta
Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Certificado

Concedido a:

Carmen Leonor Fawcett Ruiz

C. C. No. 36.554.068 de Santa Marta

Por haber cursado y aprobado el programa de Estudios Teórico Prácticos establecidos por el Ministerio de Salud, que lo capacitan para ejercer como "Auxiliar de Enfermería"

Aprobado por Resolución Número 2182 de Agosto 9 de 1.968

Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1.949

Servicio Seccional de Salud del Magdalena
Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO" Santa Marta
Directora

Jefe Servicio de Salud del Magdalena

Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO" Santa Marta
Secretaria del Consejo

Santa Marta, 26 de Agosto de 1.987

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
GABRIEL ANGULO - SANTA MARTA

Teléfono 33275 • Calle 22 No. 12-90 • Apartado Aéreo 538

Acta No. 42

En la ciudad de Santa Marta, a los 26 días del mes de Agosto de mil novecientos ochenta y siete 91,987), se llevó a cabo en la sede de la Escuela de Auxiliar de Enfermería "Gabriel Angulo" la ceremonia de clausura y entrega de certificados a 34 Auxiliares de Enfermería de la Escuela "Gabriel Angulo".

Fueron testigos de la certificación: La Dra. Carmen Díazgranados Gónima en representación del Dr. Jorge Linero Santodomingo Jefe del Servicio Seccional de Salud del Magdalena, la Licenciada Sandra Castañeda Enfermera de la Sección Materno Infantil del Servicio Seccional de Salud del Magd., Licenciada Marlene Fernández Enfermera Atención Médica del Servicio Seccional de Salud del Magd. Licenciadas Carmen Cecilia Gómez y Fátima Ospino Nutricionistas del Servicio - Seccional de Salud del Magd.,Dr. Orlando Sánchez Director de la Cruz Roja y médico de la Escuela, las Damas Grises de la Cruz Roja.

En representación del Alumnado: La Directora Srta. Paulina Giacometto, la Coordinadora de Programas de la Escuela Lic: Emira de Avendaño, La Coordinadora de Educación Continuada Lic. María C. Benavides y las Instructoras de la Escuela Licenciadas: Betsy de Pizarro, Marhta Roca, Edith Soto, Judith de Alvarado, Milagro Bustamante, Emilia de Henriquez y la sra. Carmen V. de Iguarán como Secretaria Docente.

En dicho acto recibió certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, CARMEN L. FAWCETT. identificada con C.C. No.

Es fiel copia de su original,

Dada en SAnta Marta, a los venticuatro (24)días del mes de Abril de mil novecientos noventa (1.990).

Servicio Seccional de Salud del Magdalena
Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO" Santa Marta

PAULINA GIACOMETTO DEL REAL
Directora.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

El en su nombre

El Instituto Departamental Laura Victoria

de Santa Marta (Magdalena)

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 0701
del 23 de Mayo de 1.979

Confiere a:

Carmen Leonor Fawcet Ruiz

Identificada con T.I. No. 36553065 de Santa Marta

El Título de:

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y
programas vigentes.

Dado en Santa Marta, a los 10 días del mes de Diciembre de 1.982

Héctor M. Prado
Rector (a)

Alejandro Rodríguez
Secretario

Santa Marta, 10 de Diciembre de 1.982

Anotado al Folio 207 del Libro de Registro No.

Secretaría de Educación

Dado en Santa Marta, a los 10 días del mes de Diciembre de 1.982

República Colombia

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

0450

RESOLUCION NUMERO_____ DE 19___

" Por la cual se concede una Inscripción y Registro ".

EL DIRECTOR DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

En ejercicio de sus Atribuciones Legales y especialmente, de las conferidas en los Decretos, Leyes 056 de 1.975, 121 de 1.976 y la Resolución 00211 15 de Junio de 1.989 Y,

C O N S I D E R A N D O :

Que CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ, identificada con la Cédula de Ciudadanía # 36'554.060 expedida en Santa Marta, (Magd.), ha solicitado el Registro de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó la Escuela AUXILIAR DE ENFERMERIA - GABRIEL ANGULO, de Santa Marta, el 26 de Agosto de 1.967.

R E S U E L V E :

ARTICULO UNICO : Registrese e Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos del Servicio Seccional de SAlud del Magdalena, a CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ, para poder ejercer la Profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE :

Dada en Santa Marta, a los

(FIRMA ORIGINAL FIRMADO) LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ

LUIS FDO, VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud del Magd.

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Secretaría de Salud Departamental



Registro Nº 316

NOMBRE CARMEN LEONOR

APELLIDOS: FAWCETT RUIZ

C.C. Nº 36'554.068

EXPEDIDA EN: SANTA MARTA

TITULO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Resultado General -2023-12-05→10:25:16 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36554068	CARMEN	LEONOR	FANCETT	RUIZ	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) CARMEN LEONOR FANCETT RUIZ identificado(a) con CC 36554068 registra La siguiente información:

2023-12-05→10:25:16 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	1996-03-04	480	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 Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Teniendo en cuenta que

CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 36.554.068

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.

Director

Coordinador

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

CV-202210-BLS0050

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ
C.C. 36.554.068

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE B.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 22, 23 y 24 de octubre de 2022, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **noviembre de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

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

Teniendo en cuenta que

CARMEN FAWCETT RUIZ

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 36.554.068

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:

Manejo y Administracion Segura de Medicamentos

Con una intensidad total de 12 horas.

Dado en Santa Marta, a los 09 Dias del mes de Enero del 2021.

Director INSALUD

Coordinador

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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

Carmen Leonor Fawcett Ruiz

CC 36554068 de Bogota D.C

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: 2023-09-12
Fecha de vencimiento: 2025-09-12

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

Powered by CamScanner

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

Carmen Leonor Fawcett Ruiz

CC 36554068 de Bogota D.C

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: 2023-09-14
Fecha de vencimiento: 2025-09-14

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

Powered by CamScanner

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



Fecha: 07/Sep/2023, **Hora:** 09:14:51 a.m.
Apellido: Fawcett Ruiz
Tipo Doc: CC
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Mz I Casa 10 Urb Santa Lucia
Telefono: 4351673 **Celular:** **Email:**
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 54 Kg **Estatura:** 155 Cm **IMC:** 22.4

Nombre: Carmen Leonor
Nro Identidad: 36554068

Estado Civil: Soltero

Escolaridad: Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir

EPS: Nueva Eps **ARL:** Colmena **AFP:** Porvenir

HC: # 81095
Edad: 58 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 30/Nov/1964
Rh: A+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

.

Observaciones

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

Carmen Leonor Fawcett Ruiz
CC 36554068

Huella
Digital

Powered by CamScanner

Soryc E.U.

NIT. 900.027.644-5

A QUIEN INTERESE

Hacemos constar que la señora, **CARMEN FAWCETT RUIZ** identificada con cédula de ciudadanía No 36.554.068 de Santa Marta (Mag), ha prestado sus servicios a esta empresa, como honorarios desde enero 11 hasta Enero 31 de 2008 y mediante los siguientes contratos de trabajo, comprendidos dentro de las siguientes fechas:

Auxiliar de Enfermería, en el HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

Fecha de Ingreso	Fecha de Terminación
Abril 11 de 2007	Junio 30 de 2007
Septiembre 1 de 2007	Diciembre 31 de 2007
Febrero 1 de 2008	Actualmente

Actualmente devenga un sueldo Promedio mensual de SETECIENTOS DIEZ MIL PESOS ($710.000).

Se expide el presente certificado a solicitud del (a) interesado (a) a los cuatro días (4) días del mes de Noviembre de 2008.

Soryc C. E.U.

NIT. 900.027.644-5

MARCELYS PEREZ SANTOS
Recursos Humanos

Calle 76 No. 42-78
Teléfonos: 3560275 - 3888701 Cel: 310 7280464 - 310 7284528
E-mail: soryc_eup@yahoo.es
Barranquilla, Colombia

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT: 900.244.788-7

REDCARIBE

A QUIEN INTERESE:

Certificamos que el señor(A) CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ identificado(a) con cedula de ciudadanía numero 36.554.068 SANTA MARTA (MAGADALENA), presló sus servicios por medio de nuestra Cooperativa de Trabajo Asociado "REDCARIBE CTA", en la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO desde el 01 OCTUBRE 2010 hasta el 27 de Octubre 2011 desempeñando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Se expide la presente certificación a petición del interesado el día 26 De Octubre 2011

Atentamente,

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT: 900.244.788-7

NACIRA BARRANCO MIRANDA
Dpto. Recursos Humanos

Cra. 50 No. 75 - 20 Ofa 202 Tel.: 3689786 - 3524935 Barranquilla - Colombia
Calle 167 No. 62-55 Tel.: 3688992 Bogotá D.C.

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Sory C E.U.

NIT 900.027.644-5

Barranquilla, Noviembre 25 de 2009

Señor (a)
CARMEN FAWCETT RUIZ
Santa Marta

Nos permitimos comunicarle que el contrato de trabajo a termino fijo suscrito entre la empresa **SORY C EU** y usted finaliza el 31 de Diciembre del presente año. Sírvase reclamar su liquidación de prestaciones sociales a nuestras oficinas.

Cordialmente,

SANDRA CORZO PINTO
Representante Legal.

Sory C.E.U.
NIT. 900.027.644-5

Calle 76 No 42-78
Teléfonos: 3580275 - 3080731 Cel. 310 7280464 - 310 7284523
E-mail: sory_eup@yahoo.es
Barranquilla, Colombia

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

ServiEfectivos
C. T. A.

CERTIFICAMOS

Que el (la) señor, (a) RITA CUJIA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 36.545.567, es asociado a SERVIEFECTIVOS C.T.A. desde el 03 de mayo de 2010, desarrollando el proceso de AUXILIAR DE ENFERMERIA , en la Unidad Estratégica de Negocio HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS, recibiendo una compensación de la siguiente manera: Compensación Ordinaria: Quinientos quince mil pesos ($515.000.oo) Beneficio de Transporte: sesenta y un mil quinientos pesos m/l ($61.500) y un auxilio especial de ciento setenta y tres mil quinientos pesos ($173.500) por mera liberalidad de la cooperativa.

Se expide el siguiente certificado a petición del interesado(a) a los (24) días del mes de Septiembre de 2010.

Atentamente,

DRAHENITH PEREZ
Asistente Administrativa

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by 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 36554068 **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 05/12/2023 10:35 PM

Código Verificación: **DZC7B5JPS1**

Válida hasta: **05/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: CARMEN LEONOR
Apellidos: FAUCETH RUIZ
Documento de Identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36.554.068
Fecha de Nacimiento: Día 30 Mes 11 Año 1964

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	25-6-13	Serum 012N7186	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	02-9-13	021431008O	
	2	27 10-13	100Cé	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	3 sep 13	13 VIAL 2002Y	
	2	4 nov 20	13 V ter 100Y	
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	02.9.13		12-04002M	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-17 12:06

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARMEN	LEONOR	FAWCETT	RUIZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36554068

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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:

Powered by CamScanner

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Powered by CamScanner

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Powered by CamScanner

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:

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ identificado(a) con CC 36554068 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2008
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 5 días del mes de diciembre 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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.554.068**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Grupo Funcional Enfermeria	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Carmen Leonor Fawcett Ruiz — Sexo: M [ ] F [X]

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C [X] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ]	36-554-068	Santa Marta	nov-06/1984

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

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
30 11 1964	Santa Marta	Manzana I- Casa 10.-Sta Lucia	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
CarmenF3011@Hotmail.com.	3014631409	4351673

Ocupación (Seleccione)								Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado		8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxiliar de Enfermeria	actividad de apoyo terapeutico

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
Hospital HJM-IPS	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	Auxiliar Enfermeria

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
	Santa Marta	Alcazares	4346162

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 1.800.000	Total Egresos mensules	$ 1.800.000
Otros Ingresos Mensules	— 0 —	Otros Egresos Mensuales	— 0 —
Total Activos	$ 1.800.000	Total Pasivos	$ 1.800.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2022	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:

Mi. Empleo.

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de dineros y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: Mi Empleo 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 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 Mendez 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 revelar mi información personal. 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner