HJMB Hospital Universitario Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJGT VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 07/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO Alexandra Gomez Muñoz, identificado con Cédula No. 36693468 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: Alexandra Gomez Muñoz

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadania	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://slji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestioninstitucional/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 clinicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)	✓	
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Victimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO, Auxiliares de enfermeria, 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, Pediatria 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 Cirugias*.		
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/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/	✓	

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36693464

GOMEZ MIER
APELLIDOS

ALEXANDRA
NOMBRES

Alexandra Gomez M.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1979
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

31-JUL-1998 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2100150-81066731-F-0036693464-20020220 0646502050M 01 115973550

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

El (la) suscrito(a Alexandra Cecilia gomez identificado con C.C./C.E./P.P No 36693464 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 6 del mes de Diciembre de 2023.

Firma
Nombre Alexandra Cecilia gomez Mier
Cédula 36693464.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



https://community.secop.gov.co/Directory/Profile/718452105

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SANATA MARTA

DOCTOR
GERMAN GAVIRIA VARGAS
GERENTE
HOSPITAL UNIVEERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
L. C.

Cordial saludos

Por medio d ela prensente **yo ALEXANDRA GOMEZ MIER** identificada con cedula de ciudadania n° 36693464 expedida en santa marta magdalena de profesion AUXILIAR DE ENFERMERIA me permito presentar austed mi solicitud a su respetada institucion donde ofrezco mis servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Presento mi experiencia en el Transcurso de mi carrera , espero reunir las condiciones para tal cargo dentro de esta prestigiosa institucion.

Atentamente,

ALEXANDRA GOMEZ MIER
CC.36639464 expedida en santa marta (MAGDALENA)
AUXILAIR DE ENFERMERIA.
CORREO: Gomezmieralexandra@gmail.com

CEL: 302 3179746

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 14495024276

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 6 6 9 3 4 6 4 — 6. DV: 8

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta — 1 9

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 6 6 9 3 4 6 4	1 9 9 8 0 7 3 1

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
GOMEZ	MIER	ALEXANDRA	

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: CR 56 A 7 75 BRR DIVINO NIÑO

42. Correo electrónico: gomezmieralexandra@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	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: 2018 - 12 - 19

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 1.6.1.2.26 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MONTES LABORDE DIANA ELISA

985. Cargo: Facilitador III

Fecha generación documento PDF: 13-08-2023 01:52:12PM

COPIA CONTROLADA DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gomez	Mier	Alexandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAIS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 36693464	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DIA 11 MES 11 AÑO 1979		CARRERA 56 A 7 7 - 75 CASA DIVINO NIÑO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	CIÉNAGA	TELÉFONO	3023179748	EMAIL	gomezmieralexandra@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN 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	1999

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X		AUXILIAR ENFERMERIA	07	2001	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 4365007	FECHA DE INGRESO Día 20 Mes 12 Año 2021		FECHA DE RETIRO Día Mes Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA HOSPITALARIOS - UCI ADULTOS		DIRECCIÓN CARRERA 14 - 23 42 BARRIO ALCAZARES
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD AGM SALUD CTA - SERVISALUD GCL	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO Día 18 Mes 06 Año 2019		FECHA DE RETIRO Día 18 Mes 10 Año 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD		DIRECCIÓN CALLE 23 N 4 27
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO Día 18 Mes 06 Año 2019		FECHA DE RETIRO Día 18 Mes 10 Año 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN Sin dirección
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO Día 17 Mes 01 Año 2019		FECHA DE RETIRO Día 17 Mes 03 Año 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN Sin dirección

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

[Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998]

4 **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

5 **TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	4

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta

Alexander Cortés

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Acta de Grado
Liceo del Sur "Victor de Lima"

Aprobado por Resolución No. 1298 del 22 Diciembre 1998
Emanada de La Secretaría de Educación Departamental

En la ciudad de Santa Marta a los 23 días del mes de Diciembre del año 1999, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, Rector y Secretaria en la Rectoría del Colegio Liceo del Sur "Victor de Lima" Jornada Diurna, modalidad Académica, Institución aprobada hasta Undécimo Grado en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académica, según Resolución No. 1298 del 22 de Diciembre de 1998.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumno que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico al graduando cuyo número de orden, nombres apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación.

No. Id. *Nombres y Apellidos*

DOMEZ MIER ALEXANDRA

Documento de Identidad C.C. No. 36.693.464 expedida en Santa Marta
Es fiel copia formada del Acta original No. 06 de fecha Diciembre 23 de 1999 que consta 31 de alumnos graduados, comienza con el nombre de ARAQUE LOBERA LILIBETH LORENA y se cierra con el nombre de ZABALETA MENDOZA ARELIS MARGARITA

Firmado y Sellado por OSVALDO JIMENEZ DE LA ROSA (Rector) y
EDITH MARIA CEBALLE RAMIREZ (Secretaria)

Dado en Santa Marta a los veintitres días del mes de Diciembre de 1999.

En constancia se firma la presente, acta.

Firmado y Sellado

LICEO DEL SUR
VICTOR DE LIMA

Rector
C.C. No. 12.535.040 de Santa Marta

Secretaria
C.C. No. 36.543.854 de Santa Marta

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

En nombre de la República de Colombia
Y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional

La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital
Según Resolución N° 108 del 18 de Febrero de 1997
Y 411 del 6 de Septiembre del 2000

En atención a que

ALEXANDRA GOMEZ MIER

Identificado (a) con C.C. 36.093.464 expedida en la ciudad de : Santa Marta (Magdalena)

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación no formal conforme a la norma reglamentada por el decreto 114 de 1.996 articulo 13.

Otorga el Presente Certificado de Preparación Para la:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Intensidad Horaria 2400 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta,
El día 25 del mes de Agosto del año 2001 Acta de Grado N° 1376

Director (a)

Coordinador Académico

Coordinador Programa

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 1376

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:00 p.m. del día 25 de Agosto de 2001 se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A:

ALEXANDRA GOMEZ MIER

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demas requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 2400

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico.

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO INSTITUCIONAL

RESOLUCION No 47- 0545

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

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferida s por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1996 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de1994, emanados del Ministerio de Salud ; y

CONSIDERANDO

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

2 - Que ALEXANDRA GOMEZ MIER, con cédula de ciudadanía No 36.693.464 de Santa Marta, ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó la CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA CETECOS. Según acta de certificación Nº 1375 del 25 de Agosto de 2.001.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el certificado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado a ALEXANDRA GOMEZ MIER, con cédula de ciudadanía No 36.693.464 de Santa Marta, por la CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA CETECOS.
PARRAFO: Este documento tiene validez en todo el territorio nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a Alexandra Gómez Mier, el contenido de la presente Resolución conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.001 04 OCT 2001

MARIO VELASQUEZ LISERO
Secretario de Desarrollo de la Salud

PIEDAD DE LA HOZ OROZCO
Profesional Universitario

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

14:21 95%
ReTHUS
web.sispro.gov.co

vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ELEXANDRA GOMEZ MIER identificado(a) con CC 36693464 registra La siguiente información:

2023-12-07 → 2:17:28 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	A
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2001-10-04	

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA
ÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

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

Certifica

Alexandra Gómez Mier

CC 36693464 de Santa Marta Magdalena

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

Fecha de emisión: 2022-12-20
Fecha de vencimiento: 2024-12-20

IG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Alexandra Gómez Mier

CC 36693464 de Santa Marta Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-11-24
Fecha de vencimiento: 2025-11-24

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

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Alexandra Gómez Mier

c.c. 36693464 de Santa Marta Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Adulto. con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-07-13
Fecha de vencimiento: 2024-07-13

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
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

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

Alexandra Gómez Mier

CC 36693464 de Santa Marta Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-06-14
Fecha de vencimiento: 2025-06-14

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Alexandra Gómez Mier

CC 36693464 de Santa Marta Magdalena

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

Fecha de emisión: 2021-07-26
Fecha de vencimiento: 2023-07-26

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 14/06/2023 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: ALEXANDRA GOMEZ MIER
CC: 36.693.464 Sexo: F EDAD: 43
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: o HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE o CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA o PAUSAS ACTIVAS o USO DE EPP

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes. El trabajador ha declarado bajo la gravedad de juramento, que los datos suministrados para la elaboracion del presente documento son veraces y que no ha omitido informacion alguna sobre su estado de salud.
No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 **ALEXANDRA CECILIA GOMEZ MIER** identificada(o) con la Cedula de Ciudadanía No. 36.693.464**, laboro** en esta empresa desde el primera (01) de febrero de 2017 hasta el 30 de noviembre de 2018, en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Se expide el presente documento, de acuerdo a Ley, para los fines que el interesado crea conveniente, en Santa Marta a los veintiséis (26) días del mes de Noviembre de 2019.

Atentamente,

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

ANGIE SERNA CARVAJAL
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Salud y bienestar
a tu alcance

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

CERTIFICA:

Que la señora **GOMEZ MIER ALEXANDRA** Identificada con cedula de ciudadanía número 36.693.464 prestó sus servicios a la E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND. A través de los siguientes contratos:

Contrato No. **207** del 17 de enero del 2019 con objeto "PROVEER CUIDADOS INTEGRALES BASICOS A LOS SUARIOS Y DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES BAJO LA SUPERVISION DE LA ENFERMERA DEL SERVICIO CUMPLIENDO LAS POLITICAS INSTITCIONALES Y NORMATIVIDAD VIGENTE." con duración de dos meses y honorarios mensuales de **UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL CINCUENTAL MIL PESOS M/L.**

Contrato No. **614** del 18 de marzo del 2019 con objeto "PROVEER CUIDADOS INTEGRALES BASICOS A LOS SUARIOS Y DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES BAJO LA SUPERVISION DE LA ENFERMERA DEL SERVICIO CUMPLIENDO LAS POLITICAS INSTITCIONALES Y NORMATIVIDAD VIGENTE." con duración de tres meses y honorarios mensuales de **UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL CINCUENTAL MIL PESOS M/L.**

Contrato vigente No. **1033** del 18 de junio del 2019 con objeto "PROVEER CUIDADOS INTEGRALES BASICOS A LOS SUARIOS Y DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES BAJO LA SUPERVISION DE LA ENFERMERA DEL SERVICIO CUMPLIENDO LAS POLITICAS INSTITCIONALES Y NORMATIVIDAD VIGENTE." con duración de cuatro meses y trece días honorarios mensuales de **UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL CINCUENTAL MIL PESOS M/L.**

La presente certificación se expide siendo el día lunes 02 de diciembre de 2019 a solicitud de la parte interesada.

OLGA LUCIA LOPEZ CIFUENTES
P.U con Funciones en Talento Humano

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 36693464 **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 02/01/2024 04:44 PM

Código Verificación: **N14GJQYPC8**

Válida hasta: **01/04/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co

MiVacuna
Certificado de vacunación
Nombres: Alexandra
Apellidos: Gomez Hier
No. 36693464
Fecha de vacunación: 11 11 1979

Este carné es público en Colombia.
Será exigido para ingresar a zonas de riesgo.
Conservalo
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: Alexandra
Apellidos: Gomez Hier
No. 36693464
Fecha de vacunación: 11 11 1979

Este carné es público en Colombia.
Será exigido para ingresar a zonas de riesgo.
Conservalo
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: ALEXANDRA
Apellidos: GOMEZ HIER
No. 36693464
Fecha de vacunación: 11 11 1979

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única	24-05-19 P3193		
Tuberculosis Tendrosis Difteria Tétanos	1	24-05-19 2219301 HSC 02-12-20 2318		
Contra Hepatitis B	1 2 3	28-05-19 U4C1800		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1 2 3			
Anti rábica	1 2 3 4 5			
Influenza	A	24-05-19 P3193		
		02-12-20 V5D		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Tuberculosis Tetanos Difteria Tos	1 2 3 4 5			
Contra Hepatitis B	1 2 3	30-05-20		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Alexandra

Apellidos: Gomez Mier

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte RCF otro cual:

No. 36693464

Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 11 Año 1979

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	08-5-21	Sinovac	L202104010	ESE Hospital San Cristobal	Laidys Charris	1083555370
	2	04-6-21	Sinovac	L2021 02006	H.S.C.	Laidis Charris	1083555370
		06/07/21	Moderna	060M21A	Casalud IPS	Karen Obregon	1004352358

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	INGRESO	Fecha de publicación	2023-12-12 15:47

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALEXANDRA	CECILIA	GOMEZ	MIER

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 36693464

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

Powered by CamScanner

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$18.000.000,00

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

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

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

Powered by CamScanner

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento | Número

Powered by CamScanner

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: Si [ ] 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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

Powered by CamScanner

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Si [ ] 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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

Powered by CamScanner

SaludTotal.

STAMARTA, Diciembre 5 de 2023

Señora:
GOMEZ MIER ALEXANDRA
CC. 36693464
CR 6 A 77 5 DIVINO NIÑO - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 19 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacid
CABRERA GUTIERREZ HUBER ALBERTO	12633345	C	Oct-19-2018	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GOMEZ MIER ALEXANDRA	36693464	C	Oct-19-2018	52	26	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
CABRERA GOMEZ DANNA MARCELA	1082913048	T	Oct-19-2018	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CABRERA GOMEZ HUBER DE JESUS	1082838077	C	Jul-11-2023	21	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALEXANDRA GOMEZ MIER	36693464	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ALEXANDRA GOMEZ MIER	36693464	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ALEXANDRA GOMEZ MIER	36693464	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ALEXANDRA GOMEZ MIER	36693464	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
JOB SECURITY SM S A S	36693464	Dependiente	CERRADO
SERVISALUD DEL CARIBE SAS	36693464	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ MIER ALEXANDRA** identificado(a) con **CC** número **36.693.464** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de febrero de 2017 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de diciembre de 2023.

Cordialmente,

César Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HUMB

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

Código: FIN-047
Versión: 002
Fecha de última revisión: 15/03/2023

Ciudad	Oficina	Fecha Diligenciado
Santa Marta	HUMB.	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Alexandra Gomez Mier.

Sexo: M [ ] F [X]

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] PP [ ]

Número: 36 693 464

Expedida en: Santa Marta

Fecha de Expedición: 31/07-1998

Estado Civil (Seleccione): Soltero [X] Casado [ ] Divorciado [ ] U. libre [ ] Viudo [ ]

Nivel educativo: Primaria [ ] Bachiller [ ] Técnico [X] Universidad [ ]

No. Personas a cargo: 3

Tipo de Vivienda: Propia [ ] Arrendada [ ] Familiar [X]

Zona Ubicación: Rural [X] Urbano [ ]

Fecha nacimiento: 21 11 1979

Lugar de Nacimiento: Ciénaga

Dirección Domicilio: Kra 5C a # 7-75

Municipio / Ciudad: Santa Marta

Departamento: M99

Correo Electrónico: gomezmieralexandra@gmail.com

No. Celular: 302 317 9746

Teléfono:

Ocupación (Seleccione): Estudiante [ ] Independiente [ ] Empleado [X] Hogar [ ] Jubilado [ ]

Actividad Principal CIIU:

Detalle Actividad Económica:

Descripción del CIIU:

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal:

Tipo de Documento: C.C. [ ] T.I. [ ] P.P. [ ]

Número:

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio:

Tipo de Empresa o Negocio: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual?

Cargo:

Dirección de empresa o negocio:

Ciudad:

Barrio:

No. Teléfono:

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI [ ] NO [ ]

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales:

Total Egresos mensuales:

Otros Ingresos Mensuales:

Otros Egresos Mensuales:

Total Activos:

Total Pasivos:

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

Es declarante? SI [ ] NO [ ]

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

Declaro que soy persona publicamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____, y no acepto como propios, los recursos que a mis cuentas/ inviertan terceros con dineros provenientes 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 o favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea 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 Barrenechea, 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. La anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera correcta 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 Barrenechea 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 Barrenechea no utilizar o divulgar mi nombre y/o razón personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea E.A.

Alexandra Gomez Mier.

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

Powered by CamScanner