REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
36.555.735
NUMERO

VERGARA GARMENDIZ
APELLIDOS

DORIS BEATRIZ
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1965
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-DIC-1983 CONTRATACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2100100-51130382-F-0036555735-20050829 02645 05241B 02 168155654

HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ identificado con Cédula No. 36555735 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: Doris Vergara G.

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

X

Ingrese numero de identificación

Nueva Pagina

Has buscado el número de identificación: **36555735**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36555735	VERGARA	GARMENDEZ	DORIS	BEATRIZ	2023-07-18, 10:09 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) _ **DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ**

identificado con C.C./C.E./P.P No. _____36555735

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 ___01___ del mes de diciembre de 2023.

Firma _____

Nombre Doris Beatriz Vergara Garmendiz

Cédula 36 555 735

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14748608955

(415)7707212489984(8020) 000001474860895 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 5 5 7 3 5	8	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 5 7 3 5	1 9 8 3 1 2 1 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Contratación 2 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VERGARA	GARMENDIZ	DORIS	BEATRIZ

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 16 CA 10 URB EL PARQUE

42. Correo electrónico: vergaradoris33@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	1 9 9 4 0 1 1 0	4 9 2 1	2 0 1 5 0 5 1 5		9 6 0 1		5 1 3 2	

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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 19 / 16 : 15: 13

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0	0	0	0	0
Nuevas ofertas	En subasta	Adjudicaciones pendientes	Procesos ganados	Ofertas enviadas

Última Actualización

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP

Mensaje Todos

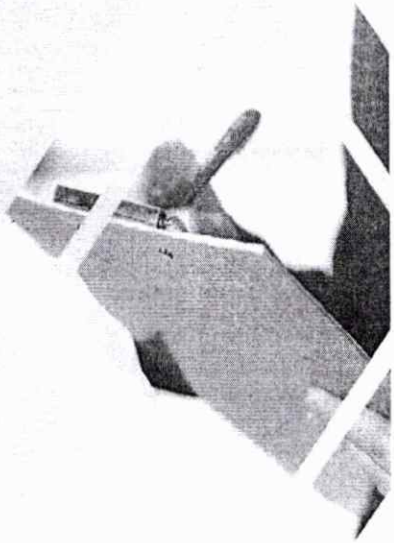
Sin mensajes...
Más información...

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información...

La Agencia Nacional de Contratación Pública
-Colombia Compra Eficiente-

Informa la expedición de la Circular Externa No. 005
de Obligatoriedad del SECOP II para la vigencia 2023.



◄ ►

Volver **Últimas modificaciones** Todos Seleccionar

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Esta
4226422	CD20233528	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	6/10/2023 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	28 días para terminar *(31/12/2023 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ	5,400,000 COP	En ejecu
4113491	CD20233111	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	10/08/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/09/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ	3,600,000 COP	En ejecu
3253524	CPS-149-2022	INSTITUTO DISTRITAL DE SANTA MARTA PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE	Entidad Estatal	-	31/12/2022 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ	2,000,000 COP	Firma
2179778	PS2019-2021	ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA	Entidad Estatal	-	31/12/2021 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ	3,800,000 COP	Firma
1876235	PS1063-2021	ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA	Entidad Estatal	-	31/08/2021 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ	3,800,000 COP	Firma

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

SANTA MARTA, DICIEMBRE 04, 2023

SEÑOR:

GERMAN GAVIRIA VARGAS

GERENTE

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

ASUNTO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

YO, **DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ, IDENTIFICADA CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACION NO. 36555735**, DE SANTA MARTA, CON DIRECCION DE RESIDENCIA MZ 17 CASA 10 URBANIZACION EL PARQUE, NUMERO DE TELEFONO : 3013642359, CORREO ELECTRONICO VERGARADORIS33@GMAIL.COM, MEDIANTE EL PRESENTE ME PERMITO DEJAR EN CONSIDERACION EL ASUNTO DE LA REFERENCIA .

PARA LO CUAL PRETENDO OFRECER MIS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, CON UN ALTO GRADO DE RESPONSABILIDAD Y EFICIENCIA, PLASMADO LAS METAS Y OBJETIVOS ENCOMENDADOS POR ESTA PRESTIGIOSA INSTITUCION, ESTO SE TRADUCIRA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS TAREAS DIARIAS DANDO APOYO DONDE LO REQUIERA EL ENTE.

AGRADECIENDO SU AMABLE COLABORACION.

ATENTAMENTE.

Doris Beatriz Vergar Garmendiz

DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ

C.C 36555735

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
Vergara	Garmendiz	Doris Beatriz

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 36555735	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 12 MES 12 AÑO 1965	Manzana 16 Casa 10 Casa Urbanizacion El Parque			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	vergaradoris33@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	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	4	X			11	2004	283

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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*

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 ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GESTION ADMINISTRATIVA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	08	*Año*	2009	*Día*	17	*Mes*	05	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* CLINICA						*DIRECCIÓN* Avenida del Libertaor Carrera 24					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GESTION ADMINISTRATIVA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	08	*Año*	2009	*Día*	17	*Mes*	04	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Avenida del Libertador Carrera 24					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GESTION ADMINISTRATIVA IAC			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	18	*Mes*	08	*Año*	2009	*Dia*	23	*Mes*	07	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* CLINICA					*DIRECCIÓN* Avenida del Libertador Carrera 24						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACTIVOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	27	*Mes*	08	*Año*	2008	*Dia*	28	*Mes*	08	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE LOS PROFESIONNALES DE LA SALUD SOLIDARIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	01	*Mes*	08	*Año*	2006	*Dia*	31	*Mes*	12	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Transversal 17 # 130 74						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	01	*Mes*	07	*Año*	2004	*Dia*	18	*Mes*	10	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD JOSE PRUDENCIO PADILLA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	07	*Mes*	07	*Año*	2003	*Dia*	30	*Mes*	06	*Año*	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*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			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4231112	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	12	*Año*	1994	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CIRUGIA						*DIRECCIÓN* Carera 4 26A - 71					

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*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	19	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	27	10

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 Sta Mta, Dic. 5 - 2023

Doris Blanco G

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

NUEVO INSTITUTO MIXTO
RODRIGO DE BASTIDAS
Calle 19 No. 3-32 A.A. 354
Santa Marta - Colombia

Los suscritos Rector y Secretaria del Nuevo Instituto Mixto RODRIGO DE BASTIDAS, de Santa Marta, Colombia, aprobado por el Ministerio de Educación Nicional, para los Grados Sexto a Noveno de Educación Básica Secundaria y Décimo y Undécimo de Educación Media Vocacional, según Resolución No. 1521 de Noviembre 28 de 1990, emanada de la Gobernación del Magdalena.-

C E R T I F I C A N

Que VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ..... con Documento de Identidad No. 36.555.735..... de Santa Marta.- cursó y aprobó.- el NOVENO(Cuarto) Grado de Educación Básica Secundaria.- durante el Año Lectivo de 1.984.-
Que sometido a los exámenes reglamentarios obtuvo los siguientes promedios de calificaciones definitivas que a continuación se expresan.-

GRADO NOVENO...1984.-

A R E A S	Ha Se	CALIFICACIONES
Ciencias Naturales y Salud (B-Int-111)	4	7-0 Siete-Cero.-
Matemáticas (Algebra y Geometría)	5	6-8 Seis-Ocho.-
Educación Etica, Moral y Religiosa	2.-	7-7 Siete-Siete.-
Ciencias Sociales (H-Geog de Col)	7.-	8-0 Ocho-Cero.-
Español	5	6-9 Seis-Nueve.-
Inglés	3	7-0 Siete-Cero.-
Educación Estética (Dibujo)	2	xxxxxxxxxxxxxxx
Educación Física y Deporte	2	xxxxxxxxxxxxxxx
Vocacionales y Técnicas	4	xxxxxxxxxxxxxxx
CONDUCTA GENERAL		9-5 Nueve-Cinco.-
Habilitó		

Este Certificado debe autenticarse en la Notaría Primera de la ciudad.
DANE 34700105450
Secretaría de Educación No. 001-03-035-1 de mayo 9 de 1991.-
Dado en la ciudad de Santa Marta este día del mes de de 1.992

JOSE HUMBERTO VALDERRAMA JIMENEZ
C.C. 4.971.268 de Santa Marta
R E C T O R

Lina M. Valderrama de Mora
C. C. 36.535.650 Santa Marta
SECRETARIA GENERAL

LINA M. VALDERRAMA DE MORA
C.C. # 36.535.650 de Sta. Mta.
SECRETARIA GENERAL

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL MAGDALENA
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
GABRIEL ANGULO - SANTA MARTA
Calle 22 Nº 12-90 - Teléfono 233 275
Apartado Aéreo 538

Oficio Nº_____

ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de SANTA MARTA a los 15 días del mes de JULIO del año 1.993 se reunieron, con el fin de formalizar la certificación de los alumnos del curso de AUXILIARES DE ENFERMERIA, los suscritos Director y Secretaria de la Escuela de Auxiliares de Enfermería "Gabriel Angulo". Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, según Resolución No.2182 de Agosto 9 de 1.968. Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA al alumno cuyo nombre, apellidos y número de documentos se relacionan a continuación: VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ C.C. # 36.555.735 de Santa Marta. Es fiel copia de su original, fecha Julio 15 de 1.993 que consta de 109 alumnos que comienza con el nombre de: ACOSTA MELENDEZ BUDELIA y cierra con el nombre de: WOLF ABRIL XIOMARA, firmado y sellado por ALFREDO CORVACHO GNECCO (Director) y CARMEN VERGARA DE IGUARAN (Secretaria).

Dada en Santa Marta, a los 15 días del mes de Julio de 1.993

Firmado y Sellado

ALFREDO CORVACHO GNECCO
Director

Escuela de Auxiliares de Enfermería "GABRIEL ANGULO" Santa Marta
CARMEN VERGARA DE IGUARAN
Secretaria Docente

República de Colombia

Departamento del Magdalena

Escuela de Auxiliares de Enfermería "Gabriel Angulo" de Santa Marta

Secretaría de Salud del Magdalena

Certificado

Concedido a:

Doris Beatriz Vergara Garmendiz

C. C. No. 36.555.735 de Santa Marta

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

Aprobado por Resolución Número 2182 de Agosto 9 de 1968

Decreto No. 815 de Diciembre 13 de 1949

Secretaría de Salud — Escuela Auxiliares de Enfermería — Gabriel Angulo — Director

Director

Secretario de Salud del Magdalena

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

Secretaria de la Escuela

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No.12-90 – Santa Marta
Teléfono 4215776 Fax 4234520
Nit.891.780.117-1

LA SUSCRITA AUXILIAR ADMINISTRATIVA DEL CENTRO DE . EDUCACIÓN EN SALUD DE MAGDALENA

CERTIFICA:

Que la señora **VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ** identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.555.735 expedida en Santa Marta, es egresada de este Centro Educativo del curso de Auxiliar de Enfermería según Acta de Certificación No. 46 del 15 de julio de 1993.

Que según el Manual de Convivencia en el Articulo 11 Parágrafo 2° es necesario para la matricula del aspirante presentar certificado que acredite el requisito del nivel académico exigido para cada programa académico.

Que el requisito mínimo exigido para aspirar al curso de Auxiliar de Enfermería en cuanto al nivel académico es 9° grado de bachillerato.

Certificación que se expide por solicitud de parte interesada, a los veintiocho (28) días del mes de Diciembre de 2004.

LAURA AGUDELO GARCIA
Auxiliar Administrativa

GESTORES 2000

CORPORACION TECNICA DE CAPACITACION
Y ASESORIA COOPERATIVA Y EMPRESARIAL

NIT 802002651-3, Acreditación Nivel Nacional DANSOCIAL, No. 031 Registro No. 0102 Dic 3/2001

Certifica que:

DORIS VERGARA

C.C 36.555.735

Participó en el **CURSO DE COOPERATIVISMO**,
Con una intensidad de 20 horas.

Coordinador
Gestores 2.000

Instructor
Gestores 2.000

Santa Marta, 10,11,12 y 15 de Noviembre de 2.003

ANDEC

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS CERTIFICADAS

SECCIONAL MAGDALENA

Personeria Juridica 00852 de Junio 9 de 1.965

LA LUCHA UNIFICADA ES NUESTRA CONSIGNA

LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMEROS CERTIFICADOS ANDEC

SECCIONAL MAGDALENA

HACE CONSTAR

Que---------DORIS VERGARA GARMENDIZ---------asistio al curso de Actualización en Enfermeria General, realizado en el AUDITORIO CLINICA ISS en la cuidad de Santa Marta los dias 8, 9 Y 10 de JUNIO de 1995

Atentamente,

FRANKLIN GUTIERREZ GRAVINA
PRESIDENTE

MAYRA DIAZ DE LACERA
SECRETARIA DE EDUCACION

Dada en Santa Marta a los 10 dias del Mes de JUNIO 1995

ASOCIACION NACIONAL
DE ENFERMERAS CERTIFICADAS
ANDEC

CERTIFICA

Que: DORIS VERGARA GARMENDIZ

Asistió: CUARTO CURSO DE ACTUALIZACION EN ENFERMERIA GENERAL

Realizado del 08 de JUNIO al 10 de JUNIO de 1995

Intensidad VEINTE horas _____ Ciudad SANTA MARTA, D.T.C.H.

FRANKLIN GUERRERO GRAVINA
PRESIDENTE

MAIRA DIAZ DE LACERA
SECRETARIO DE EDUCACION

Colaborando para una mejor nutrición infantil
LABORATORIOS WYETH INC.

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"

CERTIFICA

Que: DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIS

Posee habilidades y conocimientos para desempeñarse como

CIRCULANTES EN SALAS DE CIRUGIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"
Regional Magdalena
SUBDIRECCION DE FORMACION PROFESIONAL
Firma y Sello Autorizados

SOCIAL
Registro y Certificación

SANTA MARTA (MAGD) 31-07-95
Ciudad y Fecha de Terminación

950041 (23-08-95)
No. y Fecha de Registro

F 5 - 126 / 07 - 91 Salida Parcial

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

0008

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, y Leyes 056 de 1.975, 121 de 1.976 y la Resolución 02085 de Febrero de 1.989 Y,

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

Que DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 36'555.735 , 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 15 de Julio de 1.993.

R E S U E L V E :

ARTICULO UNICO : Regístrese e Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos del Servicio Seccional de Salud del Magdalena, a DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ, para poder ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE :

Dada en Santa Marta, a los

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA DIRECTOR 11 ENE 1996

MANUEL FCO. VIVES PEREZ
Director Servisalud del Magd.

Servicio Seccional Mag Control Medicamentos Toxicología JEFE DE

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Secretaría de Salud Departamental



Registro Nº 283
DORIS BEATRIZ
VERGARA GARMENDI
C.C. 55.735
SANTA MARTA
TITULO: AUXILIAR
DE ENFERMERIA

JEFE CONTR... Y PROFESIONES ...

FECHA DE EXP. 11 DE ENERO DE 1.996

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menu

Iniciar Sesión | Registrarse

ReTHUS

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

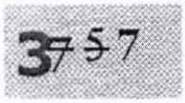
Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
36555735

Primer Nombre
DORIS

Primer Apellido
VERGARA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2017

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-02→12:07:33 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36555735	DORIS	BEATRIZ	VERGARA	GARMENDIZ	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) DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ identificado(a) con CC 36555735 registra La siguiente información:

2023-12-02→12:07:33 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	1996-01-11	8	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	1996-01-11	470008	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).

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

Doris Beatriz Vergara Garmendiz

c.c. 36555735 de Contratación

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-04
Fecha de vencimiento: 2025-12-04

G. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educ
Desarrollo Human
Docente Especial

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

Doris Beatriz Vergara Garmendiz

c.c. 36555735 de Contratación

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS)

con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2021-12-04
Fecha de vencimiento: 2025-12-04

G. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
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

Doris Beatriz Vergara Garmendiz

c.c. 36555735 de Contratación

Realizó y aprobó el Curso Programa Ampliado de Inmunización - PAI con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-04
Fecha de vencimiento: 2025-12-04

SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
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

Doris Beatriz Vergara Garmendiz

CC 36555735 de Contratación

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: 2023-08-02
Fecha de vencimiento: 2025-08-02

FUNDACION 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

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

Doris Beatriz Vergara Garmendiz

CC 36555735 de Contratación

ealizó 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: 2023-07-31
Fecha de vencimiento: 2025-07-31

FUNDACION 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

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2021-03-08

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	Particular 156	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ	Documento:	CC 36555735
Fecha de nacimiento:	1965-12-12	Lugar de nacimiento:	SantaMarta (Magdalena)
Edad:	55 años	Género:	Femenino
Estado civil:	Casado	No. hijos vivos:	4
Dirección actual:	MZ 16 CASA 10 URB EL PARQUE	Municipio:	SANTA MARTA
Teléfono:	3013642359	Escolaridad:	Tecnico_completo
Ocupación:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	EPS:	Coosalud
Responsable**:	. (.)	Teléfono:	.
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

Laboratorio Químico Clínico S.A.S
Nit. 802.008.411-7

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO REALIZADA.
Audiometría: NO REALIZADA.
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ con documento de identificación No. 36555735 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AUXILIAR DE ENFERMERIA del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Valoración por optometría en su centro de atención medico, seguimiento de hallazgo en tamizaje visual
2. Control nutricional en su centro de atención medico

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

Exámenes realizados:

- EMO de Ingreso Osteomuscular: sin alteraciones.

En la presente evaluación médica ocupacional se valora el estado de salud del trabajador posterior a periodo de aislamiento obligatorio, aplicando encuesta de síntomas y evaluando la presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, sin hallar en el momento evidencia de padecer de enfermedad por COVID 19; sin embargo esta evaluación no garantiza que el trabajador en días posteriores no presente la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto será pertinente realizar una nueva valoración médica en su entidad de salud

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19 , Se lleva a cabo de forma integral , teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. 'Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y especificas

atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 2 metros, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro y medio con otras personas en la medida de lo posible: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.

Luisa Fernanda Londoño Zambrano
Medico
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad del Norte
TP No. 47081/2011
Res No. 3313

DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ
Documento: 36555735

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciónes médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: maria.manjarres
Fecha: 2021-03-08 Hora: 12:41

GESTION Administrativa IAC
NIT 900.218.782-3

IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA
OUTSOURCING DE INFORMACIÓN RECURSOS HUMANOS PARA

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT.: 800215908

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) **DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **36.555.735**, labora en la empresa **ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)** desde el día **18 de agosto de 2009**, con contrato de trabajo a término Indefinido. En la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial mensual de **Ochocientos un mil doscientos Pesos M\cte ($ 801.200,00)** y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte**.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 17 días del mes de mayo de 2016.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra linea de atención en Bogotá número 6001050 Ext. 1603 - 1642, citando el consecutivo 66773.

Nota: Señor(a) trabajador(a) si Usted ha sido cesionado(a) tenga en cuenta por favor que las fechas consignadas en el presente documento deben entenderse atadas a los vínculos laborales que suscribió con cada uno de los empleadores.

SULLY JUNCO GARAVITO
Directora Nacional de Nómina y Talento Humano

GESTION Administrativa IAC
NIT 900.216.782-3

IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA
OUTSOURCING DE INFORMACIÓN RECURSOS HUMANOS PARA

CORPORACION IPS SALUDCOOP
NIT.: 830106376

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) **DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **36.555.735**, labora en la empresa **CORPORACION IPS SALUDCOOP** desde el día **18 de agosto de 2009**, con contrato de trabajo a término Indefinido. En la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial mensual de **Ochocientos un mil doscientos Pesos M\cte ($ 801.200,00)** y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte**.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 17 días del mes de abril de 2014.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra linea de atencion número (091) 3171820 Ext. 351/352, citando el consecutivo -1.

Nota: Señor(a) trabajador(a) si Usted ha sido cesionado(a) tenga en cuenta por favor que las fechas consignadas en el presente documento deben entenderse atadas a los vínculos laborales que suscribió con cada uno de los empleadores.

BEATRIZ VASQUEZ PABON
Directora Nacional De Nomina Y Vinculación Laboral
IAC Gestión Administrativa
Nota. Firma escaneada valida solo paracertificación electrónica (Marzo 14 2014)

La Institución Auxiliar del Cooperativismo Gestión Administrativa advierte que el presente documento fue extraido directamente por sistema mediante la utilizacion del usuario personal e intransferible asignado para tal fin al trabajador. Por consiguiente, la Empresa no se hace responsable por los usos inapropiados o diversos que se hagan del mismo.

NOTA: Firma valida únicamente para certificados vía WEB

GESTION Administrativa IAC
NIT 900.218.782-3

IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA
OUTSOURCING DE INFORMACIÓN RECURSOS HUMANOS PARA

CORPORACION IPS SALUDCOOP
NIT.: 830106376

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) **DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **36555735**, labora en la empresa **CORPORACION IPS SALUDCOOP** desde el día **18 de agosto de 2009**, con contrato de trabajo a término Indefinido. En la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial mensual de **Setecientos ochenta y un mil setecientos Pesos M\cte ($ 781.700,00)** y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte**.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 23 días del mes de julio de 2013.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra linea de atencion telefonica número (091) 3171820 Ext. 351/352.

Nota: Señor(a) trabajador(a) si Usted ha sido cesionado(a) tenga en cuenta por favor que las fechas consignadas en el presente documento deben entenderse atadas a los vínculos laborales que suscribió con cada uno de los empleadores.

LUZ DARY CAICEDO SANCHEZ
Directora Nacional de Recursos Humanos
IAC Gestión Administrativa

Nota: Firma escaneada válida solo para certificación laboral portal de nomina electrónica (Mayo 8 2013)

La Institución Auxiliar del Cooperativismo Gestión Administrativa advierte que el presente documento fue extraído directamente por sistema mediante la utilización del usuario personal e intransferible asignado para tal fin al trabajador. Por consiguiente, ni la Empresa ni el titular que la suscribe se hace responsable por los usos inapropiados o diversos que se hagan del mismo.



ACTIVOS S.A.

00101000351350

GSUAREZ
26/08/2008 16:47

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE TRABAJADOR EN MISION POR EL TERMINO QUE DURE LA OBRA O LABOR

APELLIDOS Y NOMBRES:	VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ	CEDULA:	36555735
DIRECCION:	CLLE.26 #7-77 LA ESPERANZA	F.NACIMIENTO:	12-DEC-1965
LUGAR EN MISION:	CORPORACION IPS SALUDCOOP COSTA ATLANTIC	CIUDAD:	SANTAMARTA
CARGO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	F.INGRESO:	27-ago-2008
SUC - CENTRO COSTO:	CORPORACION IPS SALUDCOOP 1	CONTRATO No	351350
SUELDO	$657.800 MENSUAL	FORMA PAGO:	SUELDO
PERIODICIDAD:	QUINCENAL 120 HRS	JORNADA:	ORDINARIA
NORMATIVIDAD:	CON LEY 50	SUJETO ACTIVIDAD:	TRAB. NACIONAL

E.P.S.	SALUDCOOP EPS	2008/08/27	A.F.P.	I.S.S.	2008/08/27
A.R.P	COLPATRIA ARP	2008/08/27	C.C.F	CAJAMAGD - C. DE COMP. FMLIAR	2008/08/27

Entre el EMPLEADOR y el TRABAJADOR, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente CONTRATO, regido por el Reglamento de Trabajo y la Ley y además por las siguientes CLAUSULAS:

1.- El TRABAJADOR se obliga a poner al servicio de la Empresa beneficiaria de su trabajo toda su capacidad normal de trabajo, en el desempeño de las funciones propias arriba mencionadas, así como en las laborales anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que se le impartan.

2.- La labor contratada es la prestación de servicio de: INCREMENTO PARTE ADMINISTRATIVA lo cual durará por el tiempo estrictamente necesario solicitado al EMPLEADOR por el USUARIO. En consecuencia este CONTRATO terminará en momento en que el USUARIO comunique al EMPLEADOR que ha dejado de requerir los servicios del TRABAJADOR, sin que el EMPLEADOR tenga que reconocer indemnización alguna. En todo caso los dos (2) primeros meses del presente CONTRATO son de período de prueba y por consiguiente cualquiera de las partes puede terminarlo unilateralmente, sin previo aviso y sin lugar a indemnización.

3.- El EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR el salario indicado en la oportunidad señalada, dicho salario se liquidará con base en las horas efectivamente laboradas por el TRABAJADOR según el Reporte de Tiempo que para tal efecto elaborará conjuntamente el TRABAJADOR y el USUARIO.

4.- Las partes acuerdan que todo auxilio, beneficio o bonificación extra legal que el EMPLEADOR conceda o pague al TRABAJADOR, en dinero o en especie, no constituye salario para ningún efecto.

5.- El EMPLEADOR no reconocerá ningún trabajo suplementario de horas extras o trabajo ejecutado en días festivos en las que legalmente debe concederse descanso, sin autorización previa escrita por parte del USUARIO.

6.- El TRABAJADOR se obliga a laborar ordinariamente en los turnos y dentro de las horas señaladas por el USUARIO conforme al horario de trabajo allí vigente. El TRABAJADOR y el USUARIO podrán convenir en repartir las horas de la jornada ordinaria en los términos del Artículo 164 del C.S.T. (Mod. Art. 23 Ley 50 de 1990), teniendo en cuenta que el descanso entre las secciones de la jornada no se computa dentro de lo misma, según el Artículo 167 del estatuto IBIDEM.

7.- El TRABAJADOR cuando sufra un accidente de trabajo por leve que sea, está en la obligación de avisar inmediatamente al EMPLEADOR, (máximo 48 horas despues) o su Representante (Art. 72 ACDO. 155/63); de no hacerlo, entiende que se responsabiliza de las consecuencias del accidente.

8.- Son faltas que dan lugar a la terminación del CONTRATO por justa causa por parte del EMPLEADOR, los establecidas por la ley y por el Reglamento de Trabajo del EMPLEADOR y el USUARIO.

9.- Las partes declaran que no reconocerán validez o estipulaciones anteriores a la fecha de este CONTRATO, el cual tendrá vigencia a partir del 27 de Agosto del 2008 y para el cual el TRABAJADOR inicia su vinculación laboral con el EMPLEADOR.

Para constancia se firma en dos (2) ejemplares del misma tenor y valor ante testigo en Bogota D.C. A los 26 días del mes Agosto del 2008.

EL PATRONO
NIT. No.

EL TRABAJADOR
C.C. No. 36555735

Cooperativa de Trabajo Asociado

NIT 8[illegible]9006378 –7

EL GERENTE DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

MARSALUD, C. T. A.

CERTIFICA

Que la Señorita **DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ**, identificado con la cédula 36555735, mediante acuerdo cooperativo aporta voluntariamente su trabajo como AUXILIAR DE ENFERMERÍA en la **Unidad Hospitalaria José María Campo Serrano de la ESE José Prudencio Padilla en Santa Marta,** desde 1 de julio de 2004

Su aporte en trabajo se retribuye mediante compensaciones, actualmente estas están atrasadas porque la ESE José Prudencio Padilla de la ciudad de Barranquilla, entidad contratante está cancelando el valor del contrato entre [illegible] días.

Compensación mayo	cancelada 22 de julio
Compensación junio	cancelada 11 de agosto de 2005
Compensación julio	cancelada 15 de septiembre de 2005
Compensación agosto	cancelada 14 de octubre

Se expide la presente a solicitud del interesado, a los 18 días del mes de octubre de 2005, para referencia laboral.

En caso de presentar enmendaduras este certificado carecerá de validez.

MILDER COBO BECERRA
Gerente MARSALUD, CTA.

CALLE 29 No. 4 – 28 SANTA MARTA D.T.C.H. TEL.: 4231002, 03 – 3106021412
MAPSALUDCTA@hotmail.com

NIT 830 105 903-9

COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SALUD SOLIDARIA

CERTIFICA QUE

Que el (la) Señor(a) DORIS VERGARA GARMENDIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 36.555.735, prestó sus servicios como Auxiliar de Enfermeria en la Clinica José Maria Campo Serrano de la Ciudad de Santa Marta, asociado(a) a la cooperativa, desde Agosto a Diciembre de 2006. Periodo durante el cual cumplió responsablemente con todas las actividades asignadas siendo una persona honesta y seria.
La desvinculación obedece a la terminación del contrato.

La presente se expide en Santa Marta a los dieciocho (18) días del mes de Enero de dos mil siete (2007).

GUSTAVO ADOLFO PEREZ MONTERO
Encargado oficina Salud Solidaria
Cel: 311 408 00 07

Sede Nacional: Transversal 17 No. 130-74 oficina 202 telefax 6195855
E-mail: saludsolidaria@amesto.com.co
Bogotá - Colombia

ESE
JOSE PRUDENCIO PADILLA

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA JOSE MARIA CAMPO SERRANO

CERTIFICA:

Que el (la) Señor (a), **VERGARA GARMENDIZ DORIS,** identificado (a) con la cedula de ciudadania No. **36.555.735** expedida en Santa Marta (Magdalena), prestó sus servicios a esta Institución mediante **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA, como AUXILIAR DE ENFERMERIA – 8 HORAS.**

Que revisada la Hoja de Vida de la excontratista se encontró legalizados los siguientes contratos:

PERIODOS DE LOS CONTRATOS	TIEMPO
Del 07-07-03 al 30-11-03	5 MESES
Del 01-12-03 al 30-12-03	1 MES
Del 01-01-04 al 28-02-04	2 MESES
Del 01-03-04 al 30-03-04	1 MES
Del 01-04-04 al 30-04-04	1 MES
Del 01-05-04 al 30-05-04	1 MES
Del 01-06-04 al 30-06-04	1 MES

En el momento de que esta certificación presente Enmendaduras o Tachaduras carecerá de validez.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado.

EDGAR SÁNCHEZ COMAS

Expedida en Santa Marta, D.T.H.C, a los Veinticuatro (24) días del mes de Agosto de 2004

Cert-ConsLourdesV

24-08-04

Cra.4 No. 26A-71
Tel. 4231800

SEGURO SOCIAL
Para Siempre
Seccional Magdalena

La Jefe del Departamento de Recursos Humanos

C e r t i f i c a :

Que el señor DORIS VERGARA GARMENDIS, Identificado con la cédula de ciudadanía No. 36.555.735 de Santa Marta, prestó sus servicios al Instituto mediante Contrato de Prestación de Servicios Personales, como Auxiliar de Servicios Asistenciales Enfermería Clínica, en el servicio de CIRUGÍA de la Clínica José María Campo Serrano.

Que Revisada la Hoja de Vida del excontratista se encontraron legalizados los siguientes contratos:

Periodos del Contrato	Contrato No.	Tiempo.
Del 15-12/94 al 14-06/95	0194	6 Meses.
Del 01-10/96 al 30-12/96	0432	3 Meses.
Del 13-01/97 al 30-08/97	0122	7 Meses 18Dìas.
Del 01-09/97 al 30-03/98	0587	7 Meses.
Del 24-06/98 al 23-10/98	0283	4 Meses.
Del 01-11/98 al 30-03/99	0798	5 Meses.
Del 01-04/99 al 30-09/99	0304	6 Meses.
Del 01-10/99 al 30-01/00	0695.	4 Meses
Del 01-02/00 al 30-05/00	0262	4 Meses.
Del 24-08/00 al 30-09/00	0678.	1 Mes-07 Días.
Del 02-10/00 al 30-01/01	0778.	3 Meses-29 Dias.
Del 01-02/01 al 30-05/01	0056	4 Meses.
Del 01-06/01 al 30-09/01	0338	4 Meses.
Del 04-10/01 al 31-10/01	0453	4 Meses.
Del 02-11/01 al 15-12/01	0580	1 Mes - 14 Dìas.
Del 16-12/01 al 28-02/02	0736	2 Meses -15 Dìas.
Del 01-03/02 al 15-04/03	0906	13 Meses - 15 Dìas.
Del 16-04/03 al 30-06/03	2873	2 Meses - 15 Dìas.

En el evento de que la presente certificación presente enmendadura carecerá de validez.

Se expide la presente a solicitud de la excontratista.

LUZ STELLA RODRÍGUEZ MANJARRES.
Jefe Departamento de Recursos Humanos.

Se expide la presente en la Ciudad de Santa Marta a los Ocho días del mes de Febrero de 2.007.

Elaborado por : Edwin.F.A

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 36555735 **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 06/12/2023 03:27 PM

Código Verificación: **UKF8MAS5X9**

Válida hasta: **05/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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	2023-12-07 12:23

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DORIS	BEATRIZ	VERGARA	GARMENDIZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36555735

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, qu presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestació 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 m declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o po interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,0

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	$674.532,0

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando d 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 registr de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con lo intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento | Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad 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 d consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor 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 junt directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucr (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Doris Beatriz Vergara Granados.
C.C 36 555 935

E.P.S.Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Doris Beatriz Vergara Garmendiz** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **36555735,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36555735
NOMBRES Y APELLIDOS	Doris Beatriz Vergara Garmendiz
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	12/12/1965
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2021
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	12/11/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 36555735 DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ Desde 12/11/2022 - Vigente

Generado por kmcorredor 06/12/2023

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Powered by CamScanner

Colpensiones
10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36555735,** se encuentra afiliado/a desde **25/09/1991** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de diciembre de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Powered by CamScanner

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ	Sexo: M		F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36555735	SANTA MARTA	12/12/1983

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		2	X				

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
	SANTA MARTA	MZ 17 CASA 10 URBANIZACION EL PARQUE	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
vergaradoris33@gmail.com	3013642359	3013642359

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

Detalle Actividad Económica: AUXILIAR DE ENFERMERIA	Descripción del CIIU: 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
	Publica		Privada		Mixta	Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE KRA 23No12-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	6054365007

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.800.000	Total Egresos mensules	1.800.000
Otros Ingresos Mensuales	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 2023	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?			
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene 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 ilícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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

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):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento