| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL | CODIGO: GJC12F<br>VERSION: 06<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023<br>PAGINA 1 de 1 |

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, MONICA FERNANDEZ CAMARGO, Identificado con Cédula No. 57439046 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:** _____

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | | |
| 3 | Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php | | |
| 4 | Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | | |
| 5 | Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)** | | |
| 6 | Propuesta de Servicios **(Mes Actual)** | | |
| 7 | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | |
| 8 | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | |
| 9 | RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)** | | |
| 10 | Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)** | | |
| 11 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**) | | |
| 12 | Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**. | | |
| 13 | Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | |
| 14 | Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**) | | |
| 15 | Tarjeta Profesional | | |
| 16 | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | | |
| 17 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | | |
| 18 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**. | | |
| 19 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 20 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 21 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 22 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 23 | Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | |
| 24 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*. | | |
| 25 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*) | | |
| 26 | Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.* | | |
| 27 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***). | | |
| 28 | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 29 | Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)** | | |
| 30 | Soporte de experiencia laboral. | | |
| 31 | Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.*** | | |
| 32 | Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial) | | |
| 33 | Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**) | | |
| 34 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)** | | |
| 35 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)** | | |
| 36 | Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | | |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.439.046

FERNANDEZ CAMARGO

APELLIDOS

MONICA ESTHER

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1974

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-MAY-1992 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

0024480340A 1

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57439046**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 57439046 | FERNANDEZ | CAMARGO | MONICA | ESTHER | 2022-03-05, 6:32 am |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

El (la) suscrito(a) MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.439.046 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 02 del mes de diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre MONICA FERNANDEZ CAMARGO
Cédula 57.439.046

COPIA CONTROLADA

Colombia COMPRA EFICIENTE
Agencia Nacional de Contratación Pública

Aumentar el contraste

UTC -5 19:28:58
MONICA ESTHER FER...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Volver | **Últimas modificaciones** | **Todos** | Seleccione

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4032675 | CD20232360 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Entidad Estatal | 1/07/2023 9:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 25 días para terminar *(30/09/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO | 5 |
| 3648725 | CD20231324 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Entidad Estatal | 9/03/2023 7:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 30/06/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO | 7 |
| 3292807 | CD20230781 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Entidad Estatal | 11/01/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 28/02/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO | 3 |
| 2901570 | CD20223203 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Entidad Estatal | 4/08/2022 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 31/12/2022 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO | 9 |

**OPCIONES**

**VER**

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

**HERRAMIENTAS**

Santa Marta, 1 de Diciembre 2023

Doctor:
**GERMAN VARGAS MOSQUERA**
**Gerente**
Hospital Julio Mendez Barreneche

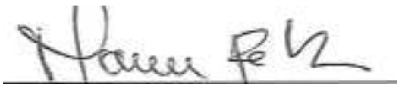
**REFERENCIA**: PROPUESTA DE TRABAJO

Cordial Saludo

El suscrito **MONICA ESTHER FERNANDZ CAMARGO** identificada con cedula de ciudadanía **No 57.439.046** expedida en **SANTA MARTA (MAGDALENA)** de acuerdo con los requerimientos del Hospital Julio Méndez Barreneche, me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta para ejercer mis funciones como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en esta institución.

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

Atentamente,



**MONICA ESTHER FERNANDZ CAMARGO**
***C.C.* 57.439.046**
***manzana U casa 14 concepción 2***
***Dirección: monferca1974@hotmail.com***
***Cel:*** 3004146576

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14205160326

(415)7707212489984(8020) 000001420516032 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 7 4 3 9 0 4 6 | 1 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19 | |

## 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 13 | 57439046 | 19920520 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Magdalena 47 | Santa Marta 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FERNANDEZ | CAMARGO | MONICA | ESTHER |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Magdalena 47 | Santa Marta 001 |

41. Dirección principal: CL 33 4 59

42. Correo electrónico

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 4316857 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8692 | 2006 08 08 | | | | | | 5132 | |

### 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

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2012 - 12 - 24

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Fernandez | Camargo | Monica Esther |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57439046

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 14 MES 01 AÑO 1974

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 33 N 459 MANZANAREZ

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 4346262 EMAIL: monferca1974@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 1990 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| | | | | | |

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

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

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 06 | *Año* 2012 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 - 23 42 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>UT SOPORTE CRITICO | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 06 | *Año* 2009 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2009 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 23 KRA 14 | | | | | |

## 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 | 11 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 11 | 7 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**6** **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*

MONICA FERNANDEZ

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

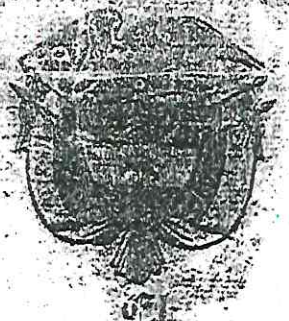
**7** **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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*

La República de Colombia y en su nombre



El

Nuevo Instituto Mixto Rodrigo de Bastidas

Santa Marta - Magdalena

Aprobado por Resolución No. 332 del 9 de Diciembre de 1993
de la Secretaría de Educación del Magdalena

Confiere a:

MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO

Identificado con ____ No. _____ de _____

El título de

BACHILLER ACADEMICO

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

Rector(a)

Secretario(a)

Registro ... 9
Fecha ... 21-VII-1
Folio ... 1856

SERVICIO DE SALUD
Control de Medicamentos y Alimentos
J E F E

*República de Colombia*
*Departamento del Magdalena*

*El Servicio Seccional de Salud del Magdalena*
*y en su nombre*
*El Centro de Educación en salud del Magdalena*
*"Cesmag" Gabriel Angulo*

*Certifica que:*

# MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO

*Titular de la* C.C. Nº 57.439.046 *Expedida en* Santa Marta

*Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:*

# AUXILIAR DE ENFERMERIA

*Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949*
*Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968*
*Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992*

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No.12-90 Santa Marta
Telefono 215776-Fax 234520
Nit.981.780.117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 75

En la ciudad de Santa Marta, a los 13 dias del mes de Marzo del año 1.998 se reunieron, con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos de el curso de AUXILIARES DE ENFERMERIA, los suscritos director y secretaria del CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) 'GABRIEL ANGULO', Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de AUXILIARES 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 que cursan y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIARES DE ENFERMERIA al alumno cuyo nombre y apellido y número de documentos se relacionan a continuación : FERNANDEZ CAMARGO MONICA ESTHER, identificada con la cédula de ciudadanía No. 57.439.046 SANTA MARTA.
Es fiel copia de su original, fecha Marzo 13 de 1.998 que consta de 67 alumnos que comienzan con el nombre de ALVARADO MONTENEGRO YASMITH KAREN y cierran con el nombre de ZUÑIGA MUÑOZ MEREDIT.
Firmado y sellado por NILTON ARIZA TAMARA, Director y LIGIA PONCE DE CLAVIJO, Secretaria.

Dado en Santa Marta, a los 13 dias del mes de Marzo de 1.998

Firmado y sellado

NILTON ARIZA TAMARA
Director

LIGIA PONCE DE CLAVIJO
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA

Trabajamos Para ti!

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

**SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA**

RESOLUCION NUMERO 0656 DE 19__.

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus atribuciones legales y especialmente, en las conferidas en los Decretos, y Leyes 056 de 1975, 121 de 1976 y la Resolución 08211 del 15 de junio de 1989 y,

CONSIDERANDO

Que MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO identificada con la Cédula 57.439.045 expedida, en Santa Marta ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO de Santa Marta, el 13 de marzo 1998

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Registrese e Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA en todo el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 21 JUL. 1998

ANTONIO LINERO MANJARRES
Director Servicio Seccional
de Salud del Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Sección Control
Medicamentos Alimentos
y Toxicología

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace Constar que*

MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO

*Con Cédula de Ciudadanía No. 57.439.046*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Con una duración de 60 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Santa Marta a los Veinticinco (25) días del mes de Abril de Dos Mil Seis (2006)*

LOURDES CABALLERO LACOUTURE
SUBDIRECTORA(E) C. MULT. (COM Y SERV)
REGIONAL MAGDALENA

SGC2005AP00123 25/04/2006
No Y FECHA DE REGISTRO

# 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

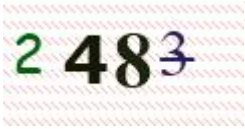
Número de Identificación *

57439046

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1134

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2023-12-03→8:50:09 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 57439046 | MONICA | ESTHER | FERNADEZ | CAMARGO | Vigente |

**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) MONICA ESTHER FERNADEZ CAMARGO identificado(a) con CC 57439046 registra La siguiente información:**

**2023-12-03→8:50:09 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 1998-07-21 | 1856 | 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**

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*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *c.c. 57439046 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2022-07-15
Fecha de vencimiento: 2024-07-15

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. 901366232-1*

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

# *Certifica*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *CC 57439046 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: 2022-12-12
Fecha de vencimiento: 2024-12-12

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *CC 57439046 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: 2022-12-12
Fecha de vencimiento: 2024-12-12

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *c.c. 57439046 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2022-07-15
Fecha de vencimiento: 2024-07-15

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

ACESS

Otorga el presente certificado a

# MÓNICA ESTHER FERNÁNDEZ CAMARGO

**C.C. 57439046**

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

## *Gestión del Duelo*

Realizado en modalidad virtual, **los días 1 y 2 de Marzo de 2021.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
**DIRECTOR ACESS**

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 16/07/2022 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO
CC: 57.439.046 Sexo: F Edad: 48 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR**

***Recomendaciones y/o restricciones:***

- EXTREMAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ANTE LA PANDEMIA COVID-19
- USO DE EPP
- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS

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
**No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)**

Santander Marquez Castamani
MEDICO CIRUJANO
RM. 0556 S.S.M - Lic. 1301 S.S.M
UNIVERSITARIO

**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

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*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *CC 57439046 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2023-09-08
Fecha de vencimiento: 2025-09-08

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

# *Certifica*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *CC 57439046 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2023-06-20
Fecha de vencimiento: 2025-06-20

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

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 16/07/2022 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO
CC: 57.439.046 Sexo: F Edad: 48 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR**

***Recomendaciones y/o restricciones:***

- EXTREMAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ANTE LA PANDEMIA COVID-19
- USO DE EPP
- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS

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
**No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)**

Santander Marquez Castamani
MEDICO CIRUJANO
RM. 0556 S.S.M - Lic. 1301 S.S.M
UNIVERSITARIO

**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

HOSPITAL CENTRAL

**LA SUSCRITA ENFERMERA DEL CENTRO INTEGRAL DE PRODUCCION DE ENFERMERÍA (CIPE)**

**CERTIFICA**

Que la señorita **MONICA FERNANDEZ,** identificada con cedula ciudadanía No 57.439.046, presto sus servicios como Auxiliar de Enfermería en el servicio de Urgencias, reemplazando a la señora **JUDITH NAVARRO** en Vacaciones, durante el periodo comprendido del 26 de Abril al 13 de Mayo del 2005.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada en Santa Marta a los dieciseis (16) días del mes de Mayo del 2005.

[illegible] BASTIDAS CUELLO
[illegible] CIPE

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la Salud
NIT No 900.099.151 – 4
Calle 23 No 14-46 Tel. 4236265 – 4236207
Email: Clinicabenedicto@hotmail.com

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO**

**CERTIFICA**

Que la señora **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 57.439.046 expedida en Santa Marta, presta sus servicios en esta institución como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en calidad de supernumeria, realizando turnos eventuales desde el 18 de Febrero de 2010 hasta la fecha, con un ingreso promedio mensual de NOVECIENTOS MIL PESOS **($900.000)** M.L.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado, el día (14) de Junio de 2016.

**NEYLA ACOSTA SORACA**
**Departamento de Talento Humano**

**CLINICA BENEDICTO S.A.**
*Comprometidos con la Salud*
*NIT No 900.099.151 – 4*
*Calle 23 No 14 -46 Tel. 4236265 – 4236207*
*Email: Clinicabenedicto@hotmail.com*
*Santa Marta Magdalena*

**EL SUSCRITO COORDINADOR DE TALENTO HUMANO**

**CERTIFICA:**

Que el señor **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO,** identificado con la Cédula de Ciudadanía **57.439.046** expedida en santa marta, labora en esta institución como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA,** en la modalidad de Contrato individual de Trabajo a Termino Fijo.

| Contrato | Fecha de Inicio | Fecha de terminación |
|---|---|---|
| **1032** | **DEL 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2013** | **HASTA LA FECHA** |

Se expide esta certificación a solicitud del interesado, a los nueve (09) días del mes de mayo de 2014.

NEYLA ACOSTA SORACA
Departamento de talento humano

SerEmpleos S.A.

**NIT.900.314.486-9**

**A QUIEN INTERESE:**

Hacemos constar que el(a) señor(a) **FERNANDEZ CAMARGO MONICA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 57439046 laboró en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que duró la obra o labor determinada con nuestro empresa cliente **CLINICA LA MILAGROSA** Como trabajador(a) en misión desde el 5 de Agosto de 2010 hasta 31 de Julio de 2011

Devengo un salario básico mensual **687.394,00**

Desempeñó el cargo de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Se expide la siguiente certificación el 31 de Julio de 2011.

Atentamente,

**CANDELARIA GARCIA MERCADO**
Directora de Talento Humano

U.T.SOPORTE CRITICO & ESCULAPIO CRITICAL CARE

A quien corresponda:

La presente certifica que la señorita MONICA FERNANDEZ CAMARGO identificada con cedula de ciudadanía No 57.439.046 de Santa Marta, prestó servicios profesionales en la Unidad de Cuidados Intensivos ADULTO como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 1 de junio de 2009 hasta el 31 de diciembre 2009.

Se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de febrero de 2010.

**Ing. Edwin Pineda Paredes**

Administrador

Calle 23 Kra 14 esquina, Hospital Fernando Troconis, piso 5
Tels: 4212594-4231517
Santa Marta (Colombia)

**PUNTO EMPLEO S.A.**
**PERSONAL CON CALIDAD TOTAL A SU SERVICIO**
NIT: 801.002.775-4

ADMINISTRAMOS SU PERSONAL EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL**

CERTIFICA:

Que el(a) señor(a) **FERNANDEZ CAMARGO MONICA ESTHER** identificado (a) con la cédula de ciudadanía 57439046 laboro como empleado(a) en misión para la empresa **UNION TEMPORAL SOPORTE CRITICO** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el 18 de diciembre de 2008 a abril 15 de 2009. Su contrato de trabajo fue por obra o labor contratada.

Dada en Barranquilla, Atlántico al primer (01) días del mes de septiembre de 2009.

**SANDRA VICTORIA OSORIO ECHEVERRY**
**Representante Legal**


ARMENIA
Tels. 746 5624 - 746 3095
Calle 15 No. 13-55 Piso 2

PEREIRA
Tels. 334 5143 - 335 2467
Calle 18 No. 8-35 Of. 301

BOGOTÁ D.C.
Tel. 691 4787 - 691 2905
Cra. 15 No. 95-64 Of. 205A

MEDELLÍN
Tels. 5113037 - 5125548
Calle 52 No 43-70
Ed. Plaza Horizontal Of. 202

CALI
Tels. 395 0887 - 668 4342
Av. 8N No. 16-47 Granada

BUCARAMANGA
Tel. 697 6951
Cra. 34 No 46-66 Of. 303

MANIZALES
Tels. 886 3083 - 886 2718
Ed. El Castillo Of. 706

BARRANQUILLA
Tel. 3691929
Ed. World Trade Center Of. 312

PASTO
Tel. 729 2635
Calle 16 No. 24-29 Of. 203

IBAGUE
Tels. 266 9297 - 265 8148
Cra. 5 No. 29A - 34 Of. 202

Linea Nacional 01-8000-112838 - E-mail: info@puntoempleosa.com - www.puntoempleosa.com

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOP ASISTENCIA CTA.

CERTIFICA

Que **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.439.046 expedida en Santa Marta fue trabajadora Asociada de Coop Asistencia CTA. desde el dìa 27 de Diciembre de 2.006 Hasta el día de 02 de Diciembre de 2007, aporto trabajo como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de URGENCIA** y desde el 03 de Diciembre de 2007 hasta el 14 de Octubre de 2008 aporto su trabajo asociado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de la UCI PEDIATRICA EN LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA.**

Se expide a solicitud del interesado en floridablanca a los Nueve (09) día del mes de Diciembre de 2008.

**HECTOR IVAN PALACIO GONZALEZ**
Gerente

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOP ASISTENCIA CTA.

CERTIFICA

Que **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.439.046 expedida en Santa Marta fue trabajadora Asociada de Coop Asistencia CTA. desde el dia 27 de Diciembre de 2.006 Hasta el día de 02 de Diciembre de 2007, aporto trabajo como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de URGENCIA** y desde el 03 de Diciembre de 2007 hasta el 14 de Octubre de 2008 aporto su trabajo asociado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de la UCI PEDIATRICA EN LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA.**

Se expide a solicitud del interesado en floridablanca a los Nueve (09) día del mes de Diciembre de 2008.

**HECTOR IVAN PALACIO GONZALEZ**
Gerente

Marsalud C.T.A
Cooperativa de Trabajo Asociado
NIT 819006378 –7

Santa Marta, 01 de agosto de 2005

SEÑORA:
**MÓNICA FERNÁNDEZ**
AUXILIAR DE ENFERMERÍA
L. C.

**REF.:** Reemplazo periodo descanso.

Respetada señora,

Por medio del presente, informo a usted que a partir del día 5 de septiembre hasta el 21 de septiembre (inclusive) entrará a reemplazar a JUDITH PINTO GARAY en el servicio de PEDIATRÍA, durante quince (15) días de descanso, que por estatutos le corresponden.

Para lo cual le solicito en forma respetuosa ponerse a órdenes de la licenciada Martha Cruz de Diazgranados, coordinadora de enfermería.

Cordialmente,

**MILDER COBO BECERRA**
Gerente MARSALUD, CTA.

c.c.: archivo, hoja de vida.

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

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la Salud
NIT No 900.099.151 – 4
Calle 23 No 14 -46 Tel. 4236265 – 4236207
Email: Clinicabenedicto@hotmail.com
Santa Marta Magdalena

**EL SUSCRITO GERENTE DE LA INSTITUCION**

**CERTIFICA**

Que **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 57.439.046 expedida en Santa Marta, laboró en esta institución desde el 01 de Septiembre del 2013, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** con los siguientes Contratos Individual de Trabajo a Término Fijo:

| CONTRATOS # | DURACIÓN |
|---|---|
| 1032-1074 | Del 01 de Septiembre del 2013 hasta el 31 de Julio del 2014. |
| 1311 | Del 01 de Septiembre del 2014 hasta el 31 de Enero del 2015. |
| 1748-1809 | Del 01 de Septiembre del 2016 hasta el 31de Julio del 2017. |
| 1955-2013 | Del 01 de Septiembre del 2017 hasta el 31 de Julio del 2018. |
| 2130-2206 | Del 02 de Septiembre del 2018 hasta el 31 de Marzo del 2019. |

Se expide esta certificación a solicitud de la interesada, el día 17 de Mayo de 2019.

**Dr. JOSE TORRES HERNANDEZ**
**Gerente**

CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.
NIT: 900520510-0

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE RECURSOS HUMANOS**

DE

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE
Nit 900.520.510-0

CERTIFICA QUE:

La señora **MONICA HESTER FERNANDEZ CAMARGO** identificada con C.C 57.439.046 de Santa Marta, se encuentra laborando en la clínica, como Auxiliar de enfermería, con un contrato a termino indefinido desde el 15 de junio de 2012, con un salario mensual de (setecientos cincuenta mil pesos) $750.000.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los (21) dieciséis días del mes de Mayo de 2014.

Cordialmente,

STEFANNY HENRY
Coordinadora Recursos Humanos
Centro Hospitalario del Caribe



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

**Conservelo**

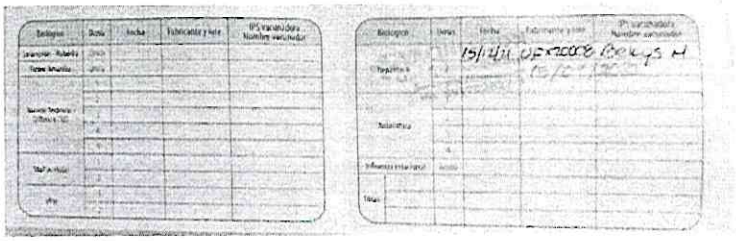
En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Ministerio

**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Monica Esther
Apellidos: Fernandez Camargo
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 57439046
Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 01 Año 1974



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | | | | |
| Triple Viral | | | | |
| Tetanos y Difteria (Toxoide Tetánico y Diftérico) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | R | | | |
| Td Adulto | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Tetanico y Difterico | 1 | 15/4/11 | SERUM | [illegible] H |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| Otras | | | | |

# Certificado de Vacunación

Institución: CDIOMA 6

Nombre: Monica Esther Fernandez C.

Identificación: 57.439 046 Tel: 300 414 65 76

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| FA | D.U | 21-06-14 | D36731U | [signature] |
| | | | | |
| | | | | |

Cortesía de Sanofi Pasteur

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 | 2023-05-17 11:12 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MONICA | ESTHER | FERNANDEZ | CAMARGO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 57439046 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | ALGARROBO |
|---|---|---|---|---|---|

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:

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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:

| |
|---|
| |

# 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 **Monica Esther Fernandez Camargo** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **57439046,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 57439046 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Monica Esther Fernandez Camargo |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 14/01/1974 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/12/2023 |
| 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 | 01/12/2023 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 57439046 Trabajador Independiente Desde 01/12/2023 - Vigente

Generado por paoagarcia 01/12/2023

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

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57439046,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2018** 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 01 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO | Sexo M | | F | X |
|---|---|---|---|---|---|

| Tipo de Documento | | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | | 57439046 | Santa Marta . | 20/05/1992 |

| Estado Civil (Selecciono) | | | | | 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 | Urban |
| | | | x | | | | X | | 2 | | | x | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 5 | 1984 | Santa Marta | MANZ C CASA 7 VILLA DANIA | Santa Marta | Magdalena |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| MONFERCA1974@HOTMAIL.COM | 3004146576 | |

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

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| ACTI VIDA | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOS pita | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| kra 14 n. 24-32 | Santa Marta | Los Alcazares | 4346262 |

| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | |
|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| total ingreso mensuales 1800000 | Total Egresos mensuales 18000000 |
|---|---|
| Otros Ingresos Mensules 200,000 | otros ingresos mensuales 200,000 |
| total activos 2000000 | Total Pasivos 2,000,000 |

| Mes y año de corte de la información financiera suministra | Mes 12 | Año 2021 | Es declarante? | SI | | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

MI TRABAJO

## 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: MI TRABAJO _____ 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 barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones



## 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

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL | CODIGO: GJC12F<br>VERSION: 06<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023<br>PAGINA 1 de 1 |

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, MONICA FERNANDEZ CAMARGO, Identificado con Cédula No. 57439046 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:** _____

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | | |
| 3 | Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php | | |
| 4 | Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | | |
| 5 | Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)** | | |
| 6 | Propuesta de Servicios **(Mes Actual)** | | |
| 7 | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | |
| 8 | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | |
| 9 | RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)** | | |
| 10 | Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)** | | |
| 11 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**) | | |
| 12 | Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**. | | |
| 13 | Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | |
| 14 | Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**) | | |
| 15 | Tarjeta Profesional | | |
| 16 | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | | |
| 17 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | | |
| 18 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**. | | |
| 19 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 20 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 21 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 22 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 23 | Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | |
| 24 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*. | | |
| 25 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*) | | |
| 26 | Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.* | | |
| 27 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***). | | |
| 28 | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 29 | Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)** | | |
| 30 | Soporte de experiencia laboral. | | |
| 31 | Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.*** | | |
| 32 | Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial) | | |
| 33 | Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**) | | |
| 34 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)** | | |
| 35 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)** | | |
| 36 | Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | | |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.439.046

FERNANDEZ CAMARGO

APELLIDOS

MONICA ESTHER

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1974

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-MAY-1992 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

0024480340A 1

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57439046**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 57439046 | FERNANDEZ | CAMARGO | MONICA | ESTHER | 2022-03-05, 6:32 am |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

El (la) suscrito(a) MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.439.046 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 02 del mes de diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre MONICA FERNANDEZ CAMARGO
Cédula 57.439.046

COPIA CONTROLADA

Colombia COMPRA EFICIENTE
Agencia Nacional de Contratación Pública

Aumentar el contraste

UTC -5 19:28:58
MONICA ESTHER FER...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Volver | **Últimas modificaciones** | **Todos** | Seleccione

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4032675 | CD20232360 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Entidad Estatal | 1/07/2023 9:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 25 días para terminar *(30/09/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO | 5 |
| 3648725 | CD20231324 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Entidad Estatal | 9/03/2023 7:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 30/06/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO | 7 |
| 3292807 | CD20230781 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Entidad Estatal | 11/01/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 28/02/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO | 3 |
| 2901570 | CD20223203 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Entidad Estatal | 4/08/2022 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 31/12/2022 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO | 9 |

**OPCIONES**

**VER**

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

**HERRAMIENTAS**

Santa Marta, 1 de Diciembre 2023

Doctor:
**GERMAN VARGAS MOSQUERA**
**Gerente**
Hospital Julio Mendez Barreneche

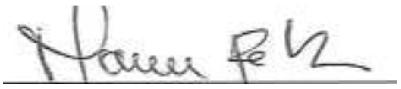
**REFERENCIA**: PROPUESTA DE TRABAJO

Cordial Saludo

El suscrito **MONICA ESTHER FERNANDZ CAMARGO** identificada con cedula de ciudadanía **No 57.439.046** expedida en **SANTA MARTA (MAGDALENA)** de acuerdo con los requerimientos del Hospital Julio Méndez Barreneche, me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta para ejercer mis funciones como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en esta institución.

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

Atentamente,



**MONICA ESTHER FERNANDZ CAMARGO**
***C.C.* 57.439.046**
***manzana U casa 14 concepción 2***
***Dirección: monferca1974@hotmail.com***
***Cel:*** 3004146576

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14205160326

(415)7707212489984(8020) 000001420516032 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 7 4 3 9 0 4 6 | 1 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19 | |

## 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 13 | 57439046 | 19920520 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Magdalena 47 | Santa Marta 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FERNANDEZ | CAMARGO | MONICA | ESTHER |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Magdalena 47 | Santa Marta 001 |

41. Dirección principal: CL 33 4 59

42. Correo electrónico

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 4316857 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8692 | 2006 08 08 | | | | | | 5132 | |

### 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

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2012 - 12 - 24

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Fernandez | Camargo | Monica Esther |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57439046

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 14 MES 01 AÑO 1974

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 33 N 459 MANZANAREZ

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 4346262 EMAIL: monferca1974@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 1990 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| | | | | | |

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

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

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 06 | *Año* 2012 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 - 23 42 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>UT SOPORTE CRITICO | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 06 | *Año* 2009 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2009 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 23 KRA 14 | | | | | |

## 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 | 11 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 11 | 7 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**6** **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*

MONICA FERNANDEZ

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

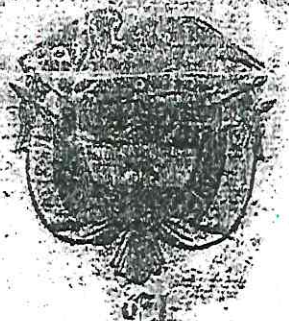
**7** **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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*

La República de Colombia y en su nombre



El

Nuevo Instituto Mixto Rodrigo de Bastidas

Santa Marta - Magdalena

Aprobado por Resolución No. 332 del 9 de Diciembre de 1993
de la Secretaría de Educación del Magdalena

Confiere a:

MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO

Identificado con ____ No. _____ de _____

El título de

BACHILLER ACADEMICO

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

Rector(a)

Secretario(a)

Registro ... 9
Fecha ... 21-VII-1
Folio ... 1856

SERVICIO DE SALUD
Control de Medicamentos y Alimentos
J E F E

*República de Colombia*
*Departamento del Magdalena*

*El Servicio Seccional de Salud del Magdalena*
*y en su nombre*
*El Centro de Educación en salud del Magdalena*
*"Cesmag" Gabriel Angulo*

*Certifica que:*

# MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO

*Titular de la* C.C. Nº 57.439.046 *Expedida en* Santa Marta

*Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:*

# AUXILIAR DE ENFERMERIA

*Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949*
*Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968*
*Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992*

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No.12-90 Santa Marta
Telefono 215776-Fax 234520
Nit.981.780.117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 75

En la ciudad de Santa Marta, a los 13 dias del mes de Marzo del año 1.998 se reunieron, con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos de el curso de AUXILIARES DE ENFERMERIA, los suscritos director y secretaria del CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) 'GABRIEL ANGULO', Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de AUXILIARES 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 que cursan y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIARES DE ENFERMERIA al alumno cuyo nombre y apellido y número de documentos se relacionan a continuación : FERNANDEZ CAMARGO MONICA ESTHER, identificada con la cédula de ciudadanía No. 57.439.046 SANTA MARTA.
Es fiel copia de su original, fecha Marzo 13 de 1.998 que consta de 67 alumnos que comienzan con el nombre de ALVARADO MONTENEGRO YASMITH KAREN y cierran con el nombre de ZUÑIGA MUÑOZ MEREDIT.
Firmado y sellado por NILTON ARIZA TAMARA, Director y LIGIA PONCE DE CLAVIJO, Secretaria.

Dado en Santa Marta, a los 13 dias del mes de Marzo de 1.998

Firmado y sellado

NILTON ARIZA TAMARA
Director

LIGIA PONCE DE CLAVIJO
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA

Trabajamos Para ti!

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

**SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA**

RESOLUCION NUMERO 0656 DE 19__.

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus atribuciones legales y especialmente, en las conferidas en los Decretos, y Leyes 056 de 1975, 121 de 1976 y la Resolución 08211 del 15 de junio de 1989 y,

CONSIDERANDO

Que MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO identificada con la Cédula 57.439.045 expedida, en Santa Marta ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO de Santa Marta, el 13 de marzo 1998

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Registrese e Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA en todo el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 21 JUL. 1998

ANTONIO LINERO MANJARRES
Director Servicio Seccional
de Salud del Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Sección Control
Medicamentos Alimentos
y Toxicología

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace Constar que*

MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO

*Con Cédula de Ciudadanía No. 57.439.046*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Con una duración de 60 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Santa Marta a los Veinticinco (25) días del mes de Abril de Dos Mil Seis (2006)*

LOURDES CABALLERO LACOUTURE
SUBDIRECTORA(E) C. MULT. (COM Y SERV)
REGIONAL MAGDALENA

SGC2005AP00123 25/04/2006
No Y FECHA DE REGISTRO

# 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

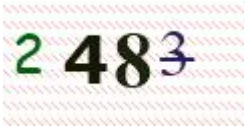
Número de Identificación *

57439046

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1134

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2023-12-03→8:50:09 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 57439046 | MONICA | ESTHER | FERNADEZ | CAMARGO | Vigente |

**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) MONICA ESTHER FERNADEZ CAMARGO identificado(a) con CC 57439046 registra La siguiente información:**

**2023-12-03→8:50:09 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 1998-07-21 | 1856 | 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**

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*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *c.c. 57439046 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2022-07-15
Fecha de vencimiento: 2024-07-15

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. 901366232-1*

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

# *Certifica*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *CC 57439046 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: 2022-12-12
Fecha de vencimiento: 2024-12-12

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *CC 57439046 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: 2022-12-12
Fecha de vencimiento: 2024-12-12

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *c.c. 57439046 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2022-07-15
Fecha de vencimiento: 2024-07-15

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

ACESS

Otorga el presente certificado a

# MÓNICA ESTHER FERNÁNDEZ CAMARGO

**C.C. 57439046**

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

## *Gestión del Duelo*

Realizado en modalidad virtual, **los días 1 y 2 de Marzo de 2021.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
**DIRECTOR ACESS**

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

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*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *CC 57439046 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2023-09-08
Fecha de vencimiento: 2025-09-08

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

# *Certifica*

# *Mónica Esther Fernández Camargo*

## *CC 57439046 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2023-06-20
Fecha de vencimiento: 2025-06-20

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

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 16/07/2022 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO
CC: 57.439.046 Sexo: F Edad: 48 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR**

***Recomendaciones y/o restricciones:***

- EXTREMAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ANTE LA PANDEMIA COVID-19
- USO DE EPP
- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS

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
**No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)**

Santander Marquez Castamani
MEDICO CIRUJANO
RM. 0556 S.S.M - Lic. 1301 S.S.M
UNIVERSITARIO

**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

HOSPITAL CENTRAL

**LA SUSCRITA ENFERMERA DEL CENTRO INTEGRAL DE PRODUCCION DE ENFERMERÍA (CIPE)**

**CERTIFICA**

Que la señorita **MONICA FERNANDEZ,** identificada con cedula ciudadanía No 57.439.046, presto sus servicios como Auxiliar de Enfermería en el servicio de Urgencias, reemplazando a la señora **JUDITH NAVARRO** en Vacaciones, durante el periodo comprendido del 26 de Abril al 13 de Mayo del 2005.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada en Santa Marta a los dieciseis (16) días del mes de Mayo del 2005.

[illegible] BASTIDAS CUELLO
[illegible] CIPE

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la Salud
NIT No 900.099.151 – 4
Calle 23 No 14-46 Tel. 4236265 – 4236207
Email: Clinicabenedicto@hotmail.com

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO**

**CERTIFICA**

Que la señora **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 57.439.046 expedida en Santa Marta, presta sus servicios en esta institución como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en calidad de supernumeria, realizando turnos eventuales desde el 18 de Febrero de 2010 hasta la fecha, con un ingreso promedio mensual de NOVECIENTOS MIL PESOS **($900.000)** M.L.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado, el día (14) de Junio de 2016.

**NEYLA ACOSTA SORACA**
**Departamento de Talento Humano**

**CLINICA BENEDICTO S.A.**
*Comprometidos con la Salud*
*NIT No 900.099.151 – 4*
*Calle 23 No 14 -46 Tel. 4236265 – 4236207*
*Email: Clinicabenedicto@hotmail.com*
*Santa Marta Magdalena*

**EL SUSCRITO COORDINADOR DE TALENTO HUMANO**

**CERTIFICA:**

Que el señor **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO,** identificado con la Cédula de Ciudadanía **57.439.046** expedida en santa marta, labora en esta institución como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA,** en la modalidad de Contrato individual de Trabajo a Termino Fijo.

| Contrato | Fecha de Inicio | Fecha de terminación |
|---|---|---|
| **1032** | **DEL 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2013** | **HASTA LA FECHA** |

Se expide esta certificación a solicitud del interesado, a los nueve (09) días del mes de mayo de 2014.

NEYLA ACOSTA SORACA
Departamento de talento humano

SerEmpleos S.A.

**NIT.900.314.486-9**

**A QUIEN INTERESE:**

Hacemos constar que el(a) señor(a) **FERNANDEZ CAMARGO MONICA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 57439046 laboró en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que duró la obra o labor determinada con nuestro empresa cliente **CLINICA LA MILAGROSA** Como trabajador(a) en misión desde el 5 de Agosto de 2010 hasta 31 de Julio de 2011

Devengo un salario básico mensual **687.394,00**

Desempeñó el cargo de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Se expide la siguiente certificación el 31 de Julio de 2011.

Atentamente,

**CANDELARIA GARCIA MERCADO**
Directora de Talento Humano

U.T.SOPORTE CRITICO & ESCULAPIO CRITICAL CARE

A quien corresponda:

La presente certifica que la señorita MONICA FERNANDEZ CAMARGO identificada con cedula de ciudadanía No 57.439.046 de Santa Marta, prestó servicios profesionales en la Unidad de Cuidados Intensivos ADULTO como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 1 de junio de 2009 hasta el 31 de diciembre 2009.

Se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de febrero de 2010.

**Ing. Edwin Pineda Paredes**

Administrador

Calle 23 Kra 14 esquina, Hospital Fernando Troconis, piso 5
Tels: 4212594-4231517
Santa Marta (Colombia)

**PUNTO EMPLEO S.A.**
**PERSONAL CON CALIDAD TOTAL A SU SERVICIO**
NIT: 801.002.775-4

ADMINISTRAMOS SU PERSONAL EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL**

CERTIFICA:

Que el(a) señor(a) **FERNANDEZ CAMARGO MONICA ESTHER** identificado (a) con la cédula de ciudadanía 57439046 laboro como empleado(a) en misión para la empresa **UNION TEMPORAL SOPORTE CRITICO** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el 18 de diciembre de 2008 a abril 15 de 2009. Su contrato de trabajo fue por obra o labor contratada.

Dada en Barranquilla, Atlántico al primer (01) días del mes de septiembre de 2009.

**SANDRA VICTORIA OSORIO ECHEVERRY**
**Representante Legal**


ARMENIA
Tels. 746 5624 - 746 3095
Calle 15 No. 13-55 Piso 2

PEREIRA
Tels. 334 5143 - 335 2467
Calle 18 No. 8-35 Of. 301

BOGOTÁ D.C.
Tel. 691 4787 - 691 2905
Cra. 15 No. 95-64 Of. 205A

MEDELLÍN
Tels. 5113037 - 5125548
Calle 52 No 43-70
Ed. Plaza Horizontal Of. 202

CALI
Tels. 395 0887 - 668 4342
Av. 8N No. 16-47 Granada

BUCARAMANGA
Tel. 697 6951
Cra. 34 No 46-66 Of. 303

MANIZALES
Tels. 886 3083 - 886 2718
Ed. El Castillo Of. 706

BARRANQUILLA
Tel. 3691929
Ed. World Trade Center Of. 312

PASTO
Tel. 729 2635
Calle 16 No. 24-29 Of. 203

IBAGUE
Tels. 266 9297 - 265 8148
Cra. 5 No. 29A - 34 Of. 202

Linea Nacional 01-8000-112838 - E-mail: info@puntoempleosa.com - www.puntoempleosa.com

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOP ASISTENCIA CTA.

CERTIFICA

Que **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.439.046 expedida en Santa Marta fue trabajadora Asociada de Coop Asistencia CTA. desde el dìa 27 de Diciembre de 2.006 Hasta el día de 02 de Diciembre de 2007, aporto trabajo como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de URGENCIA** y desde el 03 de Diciembre de 2007 hasta el 14 de Octubre de 2008 aporto su trabajo asociado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de la UCI PEDIATRICA EN LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA.**

Se expide a solicitud del interesado en floridablanca a los Nueve (09) día del mes de Diciembre de 2008.

**HECTOR IVAN PALACIO GONZALEZ**
Gerente

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOP ASISTENCIA CTA.

CERTIFICA

Que **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.439.046 expedida en Santa Marta fue trabajadora Asociada de Coop Asistencia CTA. desde el dia 27 de Diciembre de 2.006 Hasta el día de 02 de Diciembre de 2007, aporto trabajo como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de URGENCIA** y desde el 03 de Diciembre de 2007 hasta el 14 de Octubre de 2008 aporto su trabajo asociado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de la UCI PEDIATRICA EN LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA.**

Se expide a solicitud del interesado en floridablanca a los Nueve (09) día del mes de Diciembre de 2008.

**HECTOR IVAN PALACIO GONZALEZ**
Gerente

Marsalud C.T.A
Cooperativa de Trabajo Asociado
NIT 819006378 –7

Santa Marta, 01 de agosto de 2005

SEÑORA:
**MÓNICA FERNÁNDEZ**
AUXILIAR DE ENFERMERÍA
L. C.

**REF.:** Reemplazo periodo descanso.

Respetada señora,

Por medio del presente, informo a usted que a partir del día 5 de septiembre hasta el 21 de septiembre (inclusive) entrará a reemplazar a JUDITH PINTO GARAY en el servicio de PEDIATRÍA, durante quince (15) días de descanso, que por estatutos le corresponden.

Para lo cual le solicito en forma respetuosa ponerse a órdenes de la licenciada Martha Cruz de Diazgranados, coordinadora de enfermería.

Cordialmente,

**MILDER COBO BECERRA**
Gerente MARSALUD, CTA.

c.c.: archivo, hoja de vida.

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

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la Salud
NIT No 900.099.151 – 4
Calle 23 No 14 -46 Tel. 4236265 – 4236207
Email: Clinicabenedicto@hotmail.com
Santa Marta Magdalena

**EL SUSCRITO GERENTE DE LA INSTITUCION**

**CERTIFICA**

Que **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 57.439.046 expedida en Santa Marta, laboró en esta institución desde el 01 de Septiembre del 2013, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** con los siguientes Contratos Individual de Trabajo a Término Fijo:

| CONTRATOS # | DURACIÓN |
|---|---|
| 1032-1074 | Del 01 de Septiembre del 2013 hasta el 31 de Julio del 2014. |
| 1311 | Del 01 de Septiembre del 2014 hasta el 31 de Enero del 2015. |
| 1748-1809 | Del 01 de Septiembre del 2016 hasta el 31de Julio del 2017. |
| 1955-2013 | Del 01 de Septiembre del 2017 hasta el 31 de Julio del 2018. |
| 2130-2206 | Del 02 de Septiembre del 2018 hasta el 31 de Marzo del 2019. |

Se expide esta certificación a solicitud de la interesada, el día 17 de Mayo de 2019.

**Dr. JOSE TORRES HERNANDEZ**
**Gerente**

CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.
NIT: 900520510-0

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE RECURSOS HUMANOS**

DE

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE
Nit 900.520.510-0

CERTIFICA QUE:

La señora **MONICA HESTER FERNANDEZ CAMARGO** identificada con C.C 57.439.046 de Santa Marta, se encuentra laborando en la clínica, como Auxiliar de enfermería, con un contrato a termino indefinido desde el 15 de junio de 2012, con un salario mensual de (setecientos cincuenta mil pesos) $750.000.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los (21) dieciséis días del mes de Mayo de 2014.

Cordialmente,

STEFANNY HENRY
Coordinadora Recursos Humanos
Centro Hospitalario del Caribe



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

**Conservelo**

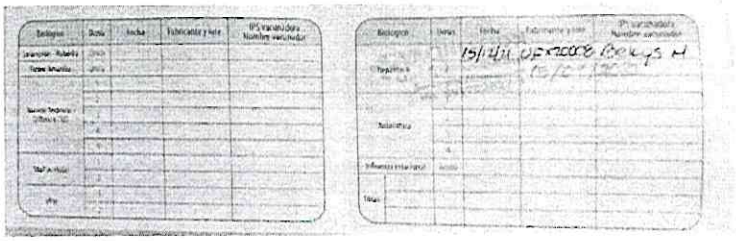
En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Ministerio

**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Monica Esther
Apellidos: Fernandez Camargo
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 57439046
Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 01 Año 1974



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | | | | |
| Triple Viral | | | | |
| Tetanos y Difteria (Toxoide Tetánico y Diftérico) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | R | | | |
| Td Adulto | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Tetanico y Difterico | 1 | 15/4/11 | SERUM | [illegible] H |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| Otras | | | | |

# Certificado de Vacunación

Institución: CDIOMA 6

Nombre: Monica Esther Fernandez C.

Identificación: 57.439 046 Tel: 300 414 65 76

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| FA | D.U | 21-06-14 | D36731U | [signature] |
| | | | | |
| | | | | |

Cortesía de Sanofi Pasteur

# 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 57439046 **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 01/12/2023 09:29 PM

Código Verificación: **C6X8UE9BDK**

Válida hasta: **01/03/2024**

---

**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 | 2023-05-17 11:12 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MONICA | ESTHER | FERNANDEZ | CAMARGO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 57439046 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | ALGARROBO |
|---|---|---|---|---|---|

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:

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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:

| |
|---|
| |

# 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 **Monica Esther Fernandez Camargo** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **57439046,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 57439046 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Monica Esther Fernandez Camargo |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 14/01/1974 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/12/2023 |
| 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 | 01/12/2023 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 57439046 Trabajador Independiente Desde 01/12/2023 - Vigente

Generado por paoagarcia 01/12/2023

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

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57439046,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2018** 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 01 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO | Sexo M | | F | X |
|---|---|---|---|---|---|

| Tipo de Documento | | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | | 57439046 | Santa Marta . | 20/05/1992 |

| Estado Civil (Selecciono) | | | | | 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 | Urban |
| | | | x | | | | X | | 2 | | | x | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 5 | 1984 | Santa Marta | MANZ C CASA 7 VILLA DANIA | Santa Marta | Magdalena |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| MONFERCA1974@HOTMAIL.COM | 3004146576 | |

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

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| ACTI VIDA | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOS pita | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| kra 14 n. 24-32 | Santa Marta | Los Alcazares | 4346262 |

| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | |
|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| total ingreso mensuales 1800000 | Total Egresos mensuales 18000000 |
|---|---|
| Otros Ingresos Mensules 200,000 | otros ingresos mensuales 200,000 |
| total activos 2000000 | Total Pasivos 2,000,000 |

| Mes y año de corte de la información financiera suministra | Mes 12 | Año 2021 | Es declarante? | SI | | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

MI TRABAJO

## 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: MI TRABAJO _____ 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 barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones



## 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