En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, ROCIO DE JESUS ARIZA OSORIO, Identificado con Cédula No. 57415700 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERÍA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

**FIRMA:** Rocio Ariza Osorio.

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.415.700

ARIZA OSORIO

APELLIDOS

ROCIO DE JESUS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1970

CIENAGA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

07-ABR-1989 CIENAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2100100-00399563-F-0057415700-20120914 0031134562A 1 4691962537

Powered by CamScanner

# Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57415700**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 57415700 | ARIZA | OSORIO | ROCIO | DE JESUS | 2022-07-16, 3:29 pm |
| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
| 2 | 57415700 | ARIZA | OSORIO | ROCIO | DE JESUS | 2023-02-09, 11:53 pm |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) ROCIO DE JESUS ARIZA OSORIO identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.415.700 expedida en CIENAGA, 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 04 del mes de diciembre de 2023.

Firma Rocio Ariza Osorio
Nombre ROCIO DE JESUS ARIZA OSORIO
Cédula 57415700

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

Activar el contrato

UTC -5 17:05:09
rocio de jesus ar...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

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

Editar

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| **Género** | |
| **Cargo** | |
| **Título** | |
| **Nombre** | |
| **Apellidos** | |
| **Fecha de Nacimiento** | |
| **Nombre y apellido** | rocio de jesus arba osorio |
| **Tipo de documento** | |
| **Número de documento** | |
| **Dirección** | |
| **Código postal** | |
| **Estrato** | |
| **Ubicación** | |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | rociodejesusarbaosorio@gmail.com |
| **Teléfono** | |
| **Celular** | 3147214363 |
| **Nivel Educativo** | |

SANTA MARTA, 04 DE DICIEMBRE DEL 2023

Dr German Gaviria Vargas

Gerente (D) E. S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche

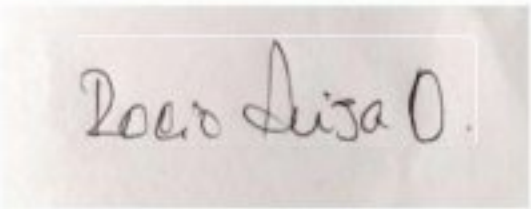
E.S.D.

Respetuoso Saludo;

**Muy cordialmente le presento a usted mi propuesta de trabajo como,** AUXILIAR DE ENFERMERIA en la cual me he desempeñado, **cumpliendo a cabalidad con todas las funciones que me asignen durante dicho periodo en la institucion**

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco una pronta y positiva respuesta.

**Atentanente;**



ROCIO DE JESUS ARIZA OSORIO

CC: 57415700

Diagonal 35A 9D - 29 Urb. El bosque

Email: rociodejesusarizaosorio@gmail.com

Cel: 3147214363

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14304192165

(415)7707212489984(8020) 000001430419216 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 7 4 1 5 7 0 0 | 7 | 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 1 3 | 5 7 4 1 5 7 0 0 | 1 9 8 9 0 4 0 7 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Ciénaga 1 8 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARIZA | OSORIO | ROCIO | DE JESUS |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: DG 35 A 9 D 29

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| rociodejesusarizaosorio@gmail.com | | 3 1 8 2 3 4 9 0 1 6 | |

## CLASIFICACIÓN

**Actividad económica**

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 4 0 7 3 1 | | | | | 5 1 3 2 | |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

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

20- Obtención NIT

| Obligados aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código | 55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha: 2023 - 08 - 08 / 09 : 07: 35

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: MIER MADARIAGA LINA MASIEL

985. Cargo: Analista V

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Ariza | Osorio | Rocio de Jesus |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57415700 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 17 MES 10 AÑO 1970 | Dia 35A #90-29 Urbanizaci?n el Bosque | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | MAGDALENA |
| DEPTO | MAGDALENA | MUNICIPIO | SANTA MARTA | | |
| MUNICIPIO | CIÉNAGA | TELÉFONO | 3147214363 | EMAIL | rociodejesusarizaosorio@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 4 | X | | | 07 | 2005 | 1418 |

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

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

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | | | PÚBLICA: X | | PRIVADA: | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C. | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: 436507 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 02 | Año | 2018 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA | DEPENDENCIA: SALUD | | | | | | DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42 Barrio Alcázares | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | PÚBLICA: X | | PRIVADA: | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: | MUNICIPIO: | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 01 | Año | 2019 | Día | 31 | Mes | 10 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA | DEPENDENCIA: HOSPITALÑIZACION | | | | | | DIRECCIÓN: Sin dirección | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD: CUIDADO EN CASA I.P.S | | | PÚBLICA: | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C. | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: 4317631 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 01 | Año | 2010 | Día | 05 | Mes | 07 | Año | 2012 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA | DEPENDENCIA: SALUD | | | | | | DIRECCIÓN: AV DEL FERROCARRIL N° 19-36 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN CRISTOBAL-HOSPITAL SAN JOSE DE PUEBLO VIEJO | | | PÚBLICA: X | | PRIVADA: | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C. | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 05 | Año | 2011 | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2011 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA | DEPENDENCIA: ENFERMERIA | | | | | | DIRECCIÓN: Hospital San Cristóbal-hospital San José de Pueblo | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL LOCA ZONA BANANERA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | | *Día* | 14 | *Mes* | 12 | *Año* | 2008 | *Día* | 19 | *Mes* | 12 | *Año* | 2009 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>zona bananera | | | | | |

**4** **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

**5** **TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 7 | 4 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 9 | 10 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* SANTA MARTA - 04/12/2023

Rowa Diza Osorio.

*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*

CESMAG
Calle 23 No.12-90 – Santa Marta
Teléfono 4215776 Fax 4234520
Nit.891.780.117-1

**ACTA DE CERTIFICACION No. 161**

En la ciudad de Santa Marta, a los veintidós (22) días del mes de julio del año 2005 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del curso del **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, el suscrito director y la secretaría académica del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, institución creada mediante Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1.949, aprobada en el Nivel Vocacional según resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, modificada mediante ordenanza No. 020 de diciembre 23 de 1.992 y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional, para otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA.** Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA** al alumno cuyos nombres y apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación, **ARIZA OSORIO ROCIO DE JESUS**, identificada con la cédula de ciudadanía No. **57.415.700** expedida en Ciénaga (Magdalena).

La presente acta es fechada en Julio 22 de 2005 y consta de treinta y tres (33) alumnos que comienzan con los nombres y apellidos de **ALMANZA CARMONA ADELAIDA ESTHER** y cierra con los nombres y apellidos de **VARGAS GLEN MARIA ALEJANDRA.**

Firmada y sellada por el director **ANSELMO AHUMADA LINERO**, y **LAURA AGUDELO GARCIA**, Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta, a los veintidós (22) días del mes de julio de 2005.

Firmado y Sellado

**ANSELMO AHUMADA LINERO**
Director

**LAURA AGUDELO GARCIA**
Secretaria Académica

*"Liderazgo, Seguridad y Transparencia"*

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

*Republica de Colombia*
*Departamento del Magdalena*

*y en su nombre*

**EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA**
**CESMAG "GABRIEL ANGULO"**

Creado mediante Decreto 816 de diciembre 13 de 1949, aprobado por Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1965 y Modificada mediante Ordenanza No. 020 de diciembre de 1992

*Teniendo en cuenta que:*

# *Rocio De Jesús Ariza Osorio*

*C.C. No.* **57.415.700** *expedida en* Cienaga (Magdalena)

*Cursó y aprobó todos los estudios programados por el Centro y cumplió con todas las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el certificado de:*

## "Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermeria

*En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta, a 22 de julio de 2015.*

Director CESMAG

Secretaria Académica

Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
**DESARROLLO DE SERVICIOS**

**RESOLUCIÓN No. 47-** 1418

Por la cual se registra un título

**EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL**
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

**CONSIDERANDO:**

Que, **ARIZA OSORIO ROCIO DE JESUS**, identificada con cédula de ciudadanía Nº 57.415.700 expedida en Ciénaga - Magdalena, ha solicitado el registro de su TITULO de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, según Acta de Certificación No. 161 de 22 de Julio de 2005.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO UNICO:** Autorizar a **ARIZA OSORIO ROCIO DE JESUS** para ejercer la profesión de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

**COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 11 AGO 2005

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

*LIDERAZGO SEGURIDAD Y TRANSPARENCIA*

Powered by CamScanner

# LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

**NIT: 900223619-0**

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225602-2018

CERTIFICA QUE:

*ROCIO DE JESUS ARIZA OSORIO*

**C.C. N° 57415700**

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

## *ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012*

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

CV-202112-BLS0053

CON EL AUSPICIO DE:

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

*Certifica que:*

# ROCIO DE JESÚS ARIZA OSORIO
# C.C. 57.415.700

**ASISTIÓ Y APROBÓ**

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

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 10, 11 y 12 de diciembre de 2021, con una intensidad académica de 48 horas.

**PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO**
**ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA**

*Fecha sugerida renovación certificado y credencial* para reentrenamiento **diciembre de 2023**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

# *Certifica*

# *Rocío de Jesús Ariza Osorio*

## *CC 57415700 de Cienága - 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: 2023-09-11
Fecha de vencimiento: 2025-09-11

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

# *Certifica*

# *Rocío de Jesús Ariza Osorio*

## *CC 57415700 de Cienága - 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: 2023-09-13
Fecha de vencimiento: 2025-09-13

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Menú COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Salud

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 57415700

Primer Nombre: rocio

Primer Apellido: ariza

Confirme los números de la imagen *



Cambiar

9378

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-04--9:35:42 PM

| Tipo Identificación | Nro Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 57415700 | ROCIO | DE JESUS | ARIZA | OSORIO | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ROCIO DE JESUS ARIZA OSORIO identificado(a) con CC 57415700 registra la siguiente información:

2023-12-04--9:35:42 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Diploma o Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 2005-08-11 | 1418 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |

**La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).**

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

**SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S**
**NIT: 901127782-6**
**Lic. Salud ocupacional 0460**

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 04/12/23 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Nombres y Apellidos: **Rocío de Jesús Ariza Osorio**
Cedula Ciudadanía: 57415700
Sexo: F
Edad: 53 Años
Labor a Desempeñar: Auxiliar de Enfermería
Celular: 3147214363
Correo Electrónica: rociodejesusarizaosorio@gmail.com

**Examen Medico Ocupacional con Entasis en Osteomuscular: Normal**
**Valoración y Estimación Visual y Auditiva en Rango Normalidad**

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

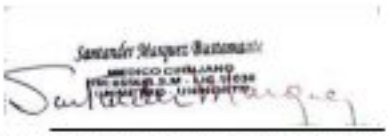
Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación y examen Médico, se procede a verificación de datos. Por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal como visor de protección facial, monogafas, traje anti fluido tipo overol y guantes para la atención de pacientes según clasificación en Bioseguridad. Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias.

**Recomendaciones y/o restricciones:**

- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- USO DE EPP
- CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora 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.
La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.



**SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE**
**Medico ESP SG-SST**
**R.M 0556 S.S.M**
**Lic. S.O. 1301 S.S.M**

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos — Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

## DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre del Prestador | | 4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE | | | |
| Código y Nombre de la Sede | | 470010163901-Santander Antonio Marquez Bustamante | | | |
| Departamento | Distrito:SANTA MARTA | Municipio | Distrito:SANTA MARTA | Dirección | Carrera 24 # 19 - 07 , Barrio: Libertador. |
| Grupo del Servicio | | Consulta Externa | | | |

## 423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: *DHSS0343086*

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadis/Intivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección:AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Telefono(s):4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico:saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:18 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Código interno Medisoft_PS-1406041R

Versión 3.6

Este carnés válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

**Consérvelo**

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**Certificado de Vacunación del Adulto**

| | |
|---|---|
| Nombres: | Rocio de Jesus |
| Apellidos: | Ariza Osorio |
| Documento de identidad: | CC X TI ☐ PASA PORTE ☐ No. 57 413 700 |
| Fecha de Nacimiento: | Día: 17 Mes: 09 Año: 1970 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | 26-9-15 | AHAU0732 | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 29/08/16 | 143424 | |
| | 2 | 29/09/16 | 143424 | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | 05-10-16 | 43888 | - | Saenz |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| Hospital | 1 | 28-9-15 | 08579Pe | |

HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA

CERTIFICO

Que Rocio de Jesus Ariza Osorio identificada con la C.C N. 57.415.700 exp en Cienaga (Mag), laboró en esta institución como auxiliar de enfermeria en el area de urgencia desde 14 de Dic del 2008 hasta 19 Dic 2009; mostrando buen desempeño y disciplina en las actividades desempeñadas.

Esta certificacion se expide a los 28 dias del mes de Dic del 2009

Blanca Marcela Ariza Puerto

BLANCA MARCELA ARIZA PUERTO
Enfermera Jefe de Urgencia Hospital local Zona Bananera
1.082.855.941 exp en Santa Marta (Mag)

Powered by CamScanner

Empresa Social del Estado
HOSPITAL DE PUEBLO VIEJO
NIT. 819.001.309-6

EL SUSCRITO PROFESIONAL COORDINADOR PAI DE APOYO LA ESE HOSPITAL LOCAL DE SAN JOSE DE PUEBLO VIEJO

CERTIFICA

Que Belkis de Jesus Arza Ospino identificada con cedula de ciudadania Nº 57.415.220 expedida Ciénaga Mag ofrece apoyó a la jornada de vacunación con su respectivo con el fin de fortalecer el programa para (iniciar, continuar y completar esquema de vacunación) a la población afectada por la ola invernal de este municipio.

La presente certificación se expide en Pueblo Viejo (Magdalena el día 08 de julio 2011

Belkis Milena Arza Pinto.
Belkis milena Arza Pinto
Coordinadora PAI pueblo viejo

Powered by CamScanner

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 57415700 **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 03/01/2024 09:53 AM

Código Verificación: **7DT9EXGQ4P**

Válida hasta: **02/04/2024**

---

**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 | OTRO | Fecha de publicación | 2023-02-24 23:59 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| ROCIO | DE JESUS | ARIZA | OSORIO |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 57415700 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | CIÉNAGA |

| 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 | HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | | Municipio | |
| Dirección | | | | | |
| 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 | $16.200.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $16.200.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $0,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tengo actividades económicas privadas: 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:

Si [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: 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 | Pais |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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:

| |
|---|
| |

**CERTIFICA**

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

| | |
|---|---|
| **Datos del COTIZANTE** | |
| **CC 57415700 ROCIO DE JESUS ARIZA OSORIO** | |
| Estado Cotizante: | **Vigente** |
| Causal: | |
| Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: | **215** |
| Fecha Afiliación: | **07/10/2016** |
| Fecha Último Periodo Cotizado: | |
| Fecha Cancelación: | |

La presente certificación se expide el dia 04 de diciembre de 2023 a solicitud del (de la) interesado(a).

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
**Nueva EPS S.A.**

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ROCIO DE JESUS ARIZA OSORIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57415700,** se encuentra afiliado/a desde **29/01/2010** 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 04 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

| HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINDAF<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/11/2022 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | GRUPO FUNCIONAL DE ENFERMERIA | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos: ROCIO DE JESUS ARIZA OBORIO | | | | | | | | | | | Sexo: M X F |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de Documento: C.C. X C.E T.I R.C PP | | | | | | Número: 57418700 | | Expedida en: CIENAGA | | | Fecha de Expedición: |
| Estado Civil (Seleccione): Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo | Nivel educativo: Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad | No. Personas a cargo: 2 | Tipo de Vivienda: Propia | Arrendada X | Familiar | Zona Ubicación: Rural | Urbano X |
| | | X | | | | | X | | | | | | | |
| Fecha nacimiento: 17 10 1970 | | | Lugar de Nacimiento: CIENAGA | | Direccion Domicilio: DIAGONAL 35A 9D 29 | | | | | Municipio / Ciudad: SANTA MARTA | | | Departamento: MAGDALENA | |
| Correo Electrónico: rociodejesusarizaoborio@gmail.com | | | | | | | | | | No. Celular: 3147214363 | | | Telefono: | |
| Ocupación (Seleccione): Estudiante | | Independiente | | Empleado X | Hogar | | Jubilado | | | Actividad Principal CIIU: | | | | |
| Detalle Actividad Económica: AUXILIAR DE ENFERMERÍA | | | | | | | | | | Descripción del CIIU: TÉCNICO | | | | |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? |
| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | | Barrio | | | | No. Teléfono |
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | SANTA MARTA | | EL BOSQUE | | | | 3147214363 |
| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | | | | | | SI | NO X |

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales 1,800,000 | | | Total Egresos mensuales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensuales | | | Otros Egresos Mensuales | | | |
| Total Activos | | | Total Pasivos | | | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes 01 | Año 2023 | | Es declarante? | SI | NO | X |

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

NO

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

NO

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

MI ACTIVIDAD LABORAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o 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 Méndez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los

Rocio Ariza O.

## 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

CS Escaneado con CamScanner