En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, **AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA**, Identificado con Cédula No. **36.558.059** y Profesión **Auxiliar de Efermeria** **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/ | | |

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **36.558.059**

**GARCIA ACOSTA**

APELLIDOS

**AMARILIS DE JESUS**

NOMBRES

Amarilis Garcia Acosta

FIRMA






ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ABR-1965**

**SANTA MARTA**
**(MAGDALENA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**F** SEXO

**13-DIC-1984 SANTA MARTA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2100100-01125044-F-0036558059-20200109 0069616073A 1 4445813325

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **36558059**

Resultados encontrados:

| # | No Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | primer nombre | segundo nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 36558059 | GARCÍA | ACOSTA | Amarilis | DE JESÚS | 06/09/21 |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA identificado con C.C./C.E./P.P No. 36.558.059 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 05 del mes de diciembre de 2023.

Firma
Nombre AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA
Cédula 36.558.059

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

aumentar el contraste

UTC -5 15:14:27
AMARILI DE JESÚS...

Buscar | 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** | Mujer |
| **Carga** | |
| **título** | Sra. |
| **Nombre** | AMARILIS DE JESÚS |
| **Apellidos** | GARCÍA ACOSTA |
| **Fecha de nacimiento** | 04/01/1965 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Nombre y apellido** | AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **numero de documento** | 36558059 |
| **direccion** | |
| **codigo postal** | |
| **Estrato** | 2 |
| **Ubicación** | santamarta |
| **pais** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | amarilisgarcia380@gmail.com |

Santa Marta, Diciembre de 2023

DOCTOR

**GERMAN VARGAS MOSQUERA**

Gerente

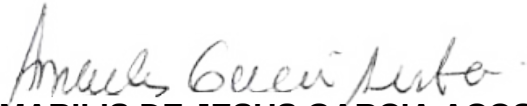
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, le solicito a usted me permita ingresar a prestar mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA del hospital, teniendo en cuenta mis iniciativas y habilidades, siendo una persona con la preparación, conciencia y responsabilidad destinada a cumplir una función humanística y social cumpliendo a cabalidad las indicaciones y funciones asignadas por mis superiores, con completa adaptabilidad en ambientes de trabajos y en equipos.

Sin otro motivo en particular, me despido agradeciendo su atención prestada.

Atentamente,



**AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA**

CC. 36.558.059 de Santa Marta

DIR. Calle 28 # 16-53 Br. Alcazares

CEL. 3174162924

CORREO:.amarilisgarcia380@gmail.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14697846400

(415)7707212489984(8020) 000001469784640 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 6 5 5 8 0 5 9 | 0 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 6 5 5 8 0 5 9 | 1 9 8 4 1 2 1 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GARCIA | ACOSTA | AMARILIS | 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: CL 28 16 A 53 BRR LOS ALCAZARES

42. Correo electrónico: aldrequintero@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 0 1 0 1 2 | | | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| 3 2 2 3 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 07 - 08 / 16 : 02: 17

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 MONTES LABORDE DIANA ELISA
985. Cargo Facilitador III

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 |
|---|---|---|
| Garcia | Acosta | Amarilis de Jesus |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36558059 | 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 01 MES 04 AÑO 1965

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 28 B 80 57 CASA nueva mansion

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: amarilisgarcia380@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 1998 |
| | | | | | | | | | | 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 ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4365007 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 05 | *Año* | 2021 | *Día* | 30 | *Mes* | 07 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4365007 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4365007 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2021 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4381234 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* | 2020 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>URGENCIAS | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>av lib #25-67 | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* MAGDALENA | *MUNICIPIO* SANTA MARTA | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 03 | *Mes:* | 09 | *Año:* | 2018 | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO* CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO | | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

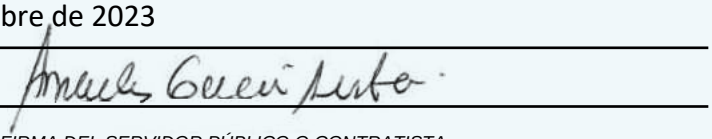
| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 5 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 2 | 8 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 7 | 8 |

## 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 - Diciembre de 2023



*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

La República de Colombia y en su Nombre

El

# Colegio Agustín Codazzi

## De Santa Marta - Magdalena

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 22409
del 20 de Diciembre de 1.984

Confiere a:

# Amarilis de Jesús García Acosta

Identificada con C. C. Nº 36.558.059 de Santa Marta

El Título de

# Bachiller Académico

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

COLEGIO AGUSTIN CODAZZI SANTA MARTA

Rector(a)

Secretario(a)

Santa Marta, 7 de DICIEMBRE de 1.98

Anotado al folio 342 del Libro de Registro No. [illegible]

Secretario de Educación

Dado en Santa Marta, a los 6 días del mes de JUNIO de 1.98

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
MAGDALENA
Reconócese existencia para todos los efectos legales.
Santa Marta 24-I-19
Resolución No. 0123
DIRECTOR

*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:*

# Amarilis de Jesús García A.

*Titular de la* C.C. No. 36.558.059 *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 Enfermería

*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*

*Director de C E S M A G*

*Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena*

*Secretaría Académica*

*Santa Marta,* Diciembre, 27 de 1996

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

## SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 0125 DE 19

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO 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 AMARILIS DE JESUS GARCIA A., identificada con la Cédula de Ciudadanía No36.558.059 expedida en Santa Marta Magdalena, 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 27 de diciembre de 1996.

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a AMARILIS DE JESUS GARCIA A., para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 24 ENE 1997

Original Firmado Por:
Luis Fernando Vanegas Q.
DIRECTOR
Servicio Seccional de Salud del Magd.

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud del
Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos
y Alimentos

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

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 *
36558059

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4616

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2023-12-10→6:06:32 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 36558059 | AMARILIS | DE JESUS | GARCIA | ACOSTA | 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) AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA identificado(a) con CC 36558059 registra La siguiente información:**

**2023-12-10→6:06:32 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 1997-01-24 | 123 | 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).**

J&E Medicall

OTORGA A:

# AMARILIS DE JESÚS GARCÍA ACOSTA

**Cédula de ciudadanía: 36558059**

EL PRESENTE CERTIFICADO POR:

***Haber cumplido con todas las obligaciones correspondientes al respectivo plan de estudios, aprobando:***

## CURSO DE ATENCIÓN DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

*72 Horas*

Este certificado es expedido en la ciudad de Santa Marta a los un (1) días del mes de marzo de 2022. La presente certificación se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional.

Dr. Carlos David Arango Pereira
Director de J&E Medicall

ASOCEMED

Dr. Jaime Luis Camargo Páez
Representante Legal

J&E

# Medicall

OTORGA A:

## AMARILIS DE JESÚS GARCÍA ACOSTA

**Cédula de ciudadanía: 36558059**

EL PRESENTE CERTIFICADO POR:

***Haber cumplido con todas las obligaciones correspondientes al respectivo plan de estudios, aprobando:***

## CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO (BLS - ACLS)

*72 Horas*

Este certificado es expedido en la ciudad de Santa Marta a los un (1) días del mes de marzo de 2022. La presente certificación se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional.

Dr. Carlos David Arango Pereira
Director de J&E Medicall

ASOCEMEC

Dr. Jaime Luis Camargo Páez
Representante Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace Constar que***

**AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 36.558.059*

*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* Febrero de Dos Mil Veinte (2020)

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

SGC2006AP00123 25/04/2006
No Y FECHA DE REGISTRO

J&E Medicall

OTORGA A:

# AMARILIS GARCÍA ACOSTA

**Cédula de ciudadanía: 36558059**

EL PRESENTE CERTIFICADO POR:

***Haber cumplido con todas las obligaciones correspondientes al respectivo plan de estudios, aprobando:***

# CURSO DE GESTIÓN DEL DUELO

*72 Horas*

Este certificado es expedido en la ciudad de Santa Marta a los treinta (30) días del mes de marzo de 2022. La presente certificación se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional.

Dr. Carlos David Arango Pereira
Director de J&E Medicall

ASOCEMEC

Dr. Jaime Luis Camargo Páez
Representante Legal

J&E Medicall

OTORGA A:

# AMARILIS GARCÍA ACOSTA

**Cédula de ciudadanía: 36558059**

EL PRESENTE CERTIFICADO POR:

*Haber cumplido con todas las obligaciones correspondientes al respectivo plan de estudios, aprobando:*

## ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

*72 Horas*

Este certificado es expedido en la ciudad de Santa Marta a los treinta (30) días del mes de marzo de 2022. La presente certificación se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional.

Dr. Carlos David Arango Pereira
Director de J&E Medicall

ASOCEMEC

Dr. Jaime Luis Camargo Páez
Representante Legal

!DOCTYPE html PUBLIC "-//W3C//DTD XHTML 1.0 Transitional//EN" "http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd">

# Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

## Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



**Fecha:** 28/Dic/2020, **Hora:** 07:05:10 a.m.
**Apellido:** Garcia Acosta **Nombre:** Amarilis De Jesus
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 36558059
**Empresa:** Particular
**Cargo:** Auxiliar De Laboratorio
**Lugar:**
**Direccion:** Calle 28 16 53 Alcazares
**Telefono:** **Celular:** 3174162924 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Peso:** 80 Kg **Estatura:** 154 Cm **IMC:** 33.7 **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Sin Definir
**EPS:** Nueva Eps **ARL:** Sura **AFP:** Colpensiones

**HC:** # 62710
**Edad:** 55 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 01/Abr/1965
**Rh:** O+

### Examenes Realizados

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Visiometria | Rayos X De Torax | Vdrl Serologia | Antigeno De Superficie De La Hepatitis B (hbsa G) | Baciloscopia (b.a.a.r.) | Examen Con Enfasis Osteosmuscular |

### Concepto

Con Recomendaciones Al Examen De Ingreso.

### Recomendaciones

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

### Observaciones

Paciente Con Obesidad Tiene Que Baja De Peso, Debe Seguir Las Siguientes Recomienda Lavados De Manos Cada 2 Horas, Distanciamiento Social, Tapaboca Permanente

# Resultados laboratorios



**Fecha:** 28/Dic/2020, **Hora:** 07:05:10 a.m.
**Apellido:** Garcia Acosta **Nombre:** Amarilis De Jesus
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 36558059
**Empresa:** Particular
**Cargo:** Auxiliar De Laboratorio
**Lugar:**
**Direccion:** Calle 28 16 53 Alcazares
**Telefono:** **Celular:** 3174162924 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** ::: No Aplica :::.
**Peso:** 80 Kg **Estatura:** 154 Cm **IMC:** 33.7 **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Sin Definir
**EPS:** Nueva Eps **ARL:** Sura **AFP:** Colpensiones

**HC:** # 62710
**Edad:** 55 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 01/Abr/1965
**Rh:** O+

| EXAMEN | RESULTADO | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| **Vdrl Serologia** | | |
| VDRL Serologia | **No Reactivo** | No Reactivo |
| **Antigeno De Superficie De La Hepatitis B (hbsa G)** | | |
| Antigeno De Superficie De La Hepatitis B (hbsa G) | **Negativo** | |
| **Baciloscopia (b.a.a.r.)** | | |
| **Muestra estudiada** | **Esputo** | |
| **Bacilo Acido Alcohol Resistente (B.A.A.R)** | **No se observa** | |

Lida Jimenez Calderon
BACTERIOLOGA U.I.S.
Reg. 01589

**Lida Jimenez Calderon**
Bacteriologa

Amarilis De Jesus Garcia Acosta
CC 36558059

Huella Digital

Laboratorio Clínico
Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Daissy Martinez

Sede principal:
Calle 22 No. 14 – 70 Centro Médico Perla del Caribe
Tel/Fax: 4213928 – 4313622 Santa Marta Magdalena
Sede Ciénaga
Calle 15 No. 12 – 02 Tel/Fax: 4313622 Cel: 3008439277

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Impreso | 13 jul 2019 07:33:57 am | RESULTADOS | | | | Software Baxlab v20190125 |
| **Sede** | **PRINCIPAL** | | | | | Page 1 of 1 |
| **Paciente** | **GARCIA ACOSTA AMARILIS DE JESUS** | | Sexo F | Edad 54A 3M 11D | **Nro. De Recepción** | **66986** |
| Identif. | CC 36558059 | Teléfono 3174162924 | | Fecha De Recepción | 12 jul 2019 11:00:21 am | |
| Entidad | ALIANZA EMPRESARIAL ANDINA SAS - REVISTA SALUDAMOS | | SubEntidad | SIN SUBENTIDAD | | |
| Sala | **CONSULTA EXTERNA** | Cama | Médico | PARTICULAR MEDICO | | |

| | Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|---|

PRUEBAS ESPECIALES

1. HEPATITIS B AC CONTRA AG DE SUPERFICIE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hepatitis B: Ac. Contra Ag de Superficie. | 380 | mUI/ml | |

VALOR DE REFERENCIA:

No reactiva < 10 mUI/ml
Reactiva: > de 10 mUI/ml

Dra. Patricia Martinez Ariza.
Bacteriologa

UNIDAD GASTROQUIRÚRGICA
NIT: 900012306-5
Gastroenterología-Cirugía-Laparoscopia-Endoscopia-Rectosigmoidoscopia-Colonoscopia
Dra. María Alzamora - Dr. Henry Salas - Dr. Luis Gastelbondo-Dr. Joaquín Rivas -Dra. Mirlys López
Calle 29 A Nº 13-29 Teléfono: 4311460
Nit. 900.012.306-5

Santa Marta, 29 de enero de 2019

## HACE CONSTAR

Por medio de la presente certifico que AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA, identificada con cedula de ciudadanía N°36.558.059 de Santa Marta, laboro en UNIDAD GASTROQUIRURGICA LTDA, como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde fecha de 27 de Junio de 2018hasta la fecha, devengando bajo un salario mínimo legal vigente, desempeñándose de manera exitosa en su cargo.

Esta certificación se expide en Santa Marta a los 29 (veintinueve) días del mes de Enero de 2019. A solicitud del interesado.

UNIDAD GASTROQUIRÚRGICA
NIT. 900012306-5

**HENRY SALAS**
**REPRESENTANTE LEGAL**
**UNIDAD GASTROQUIRURGICA LTDA**

Laboratorio Clínico
Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Daissy Martinez

EL LABORATORIO CLINICO MARTINEZ SAS
NIT 900227844-1

CERTIFICA:

Que la Señora Amarilis García Acosta identificada con número de cedula No 36.558.059 expedida en Santa Marta – Magdalena, prestó sus servicios como auxiliar de laboratorio clínico a la empresa con un contrato de prestación de servicios desde 15 de julio del 2000 hasta 15 enero 2002, por valor de $260.100 mensual.

La presente se expide a solicitud del interesado el día primero (1) días del mes de septiembre del 2020.

Cordialmente,

MIGUEL CAPMARTIN MARTINEZ
CC 85.155.293
Representante legal
LABORATORIO CLÍNICO MARTÍNEZ SAS
NIT 900227844-1
Tel: (5) 4313622 – 4213928
Email: coordinacionlabmartinez@gmail.com

## I.A.C. GPP SALUDCOOP BARRANQUILLA
Nit 830.128.715-1

**EL DIRECTOR NACIONAL DE NÓMINA DE LA I.A.C GPP SALUDCOOP BARRANQUILLA**

**CERTIFICA**

Que la Señora AMARILIS GARCIA ACOSTA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.558.059 laboró en nuestra Entidad desde el 2 de Febrero de 1.998 hasta el 24 de Febrero del 2005. Al finalizar ocupaba el cargo de AUXILIAR DE CONSULTORIO EN LA SECCIONAL SANTA MARTA

Se expide en Barranquilla a los 21 días del mes de Abril del 2005

Atentamente,

I.A.C. G.P.P. SaludCoop
Barranquilla
Nit. 830.128.715-1

JOSE ALBERTO RODRÍGUEZ VILLARRAGA
Director Nacional de Nómina

CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP

NIT 830.106.376 - 1

**IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA**
OUTSOURCING DE INFORMACIÓN RECURSOS HUMANOS PARA

**CORPORACION IPS SALUDCOOP**
**NIT.: 830106376**

**CERTIFICA**

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor(a) **AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **36.558.059**, labora en la empresa **CORPORACION IPS SALUDCOOP** desde el día **2 de agosto de 2013**, con contrato de trabajo a término Indefinido. En la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial mensual de **Ochocientos un mil doscientos Pesos M\cte ($ 801.200,00)** y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte**.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 06 días del mes de mayo de 2015.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá número 6361741-6925217 Ext.101-105-107-122, citando el consecutivo 43576.

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

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

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

esimed

**ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)**
**NIT.: 800215908-8**

**CERTIFICA:**

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina Kactus, el (la) Sr (a) **AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **36.558.059**, labora con esta empresa desde el 2 de agosto de 2013, con contrato de trabajo a término Indefinido, en la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial mensual de Ochocientos un mil doscientos Pesos M\cte ($ 801.200,00) y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte**.

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

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext: 6520 - 3016058452, citando el consecutivo 94444.

Cordialmente,

**LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.**
**Subdirectora Nacional de Talento Humano**
**ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)**

Carrera 69 No. 98 A - 45 Oficina 202. Bogotá D.C.

# 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 36558059 **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 14/12/2023 04:12 PM

Código Verificación: **5SAUVX21HW**

Válida hasta: **13/03/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

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

*Consérvelo*

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Amarilis de J.

Apellidos: Garcia Acosta

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No.

Fecha de Nacimiento: Día 01 Mes 07

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 12-7-19 | 221501517A | Laura. |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 1 | 11-01-19 | P3G[illegible] | |
| Contra Influenza | 1 | 3-4-19 | T3A9[illegible] | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 03/01/22 | UFX20008 | Colsanitas S.A. |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

**Consérvelo**

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

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Minsalud

**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Amarilis De Jesus

Apellidos: García Acosta

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36558059

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 04 Año 1965

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 | 2023-02-08 11:13 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| AMARILIS | DE JESUS | GARCIA | ACOSTA |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 36558059 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

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

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

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

| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |
|---|---|

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $0,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $17.650.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $17.650.000,00 |

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 | $10.000,00 |

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: 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:

| |
|---|
| |

**CERTIFICA QUE**

El(La) Señor(a) **AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA**; identificado(a) con **CC** número **36558059**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/06/2020**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **10** días del mes **12** del año **2023**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

**Cordialmente,**

Gerencia de Afiliaciones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36558059,** se encuentra afiliado/a desde **05/10/1993** 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 10 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 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 | 1 |
|---|---|---|
| | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Amanda Orera Sierra

Sexo: M [ ] F [X]

| Tipo de Documento | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|
| C.C. [X] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ] | 36558089 | Sta Alta | |

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

| Fecha nacimiento | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| 04 01 2022 | Santander | Cra 28 #16-53 | Sta Alta | Popayán |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| Amandaorera580@gmail.com | | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | Actividad Principal CIIU |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | Independiente | Empleado | Hogar | X | Jubilado | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| Ama de Empresa | |

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

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

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | Cargo |
|---|---|---|
| | Publica [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual? | |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales | | | Total Egresos mensules | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensules | | | Otros Egresos Mensuales | | |
| Total Activos | | | Total Pasivos | | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes | Año | Es declarante? | SI [ ] | NO [ ] |

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

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades 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 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 marcadeo, 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

Amanda Orera Sierra

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