| HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL | CÓDIGO: GTH-F-[illegible]<br>VERSIÓN: 06<br>FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: [illegible]<br>PÁGINA 1 de 2 |
|---|---|---|

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Myriam Esther González García, identificado con Cédula No. 36 537 143 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:** Myriam González García

| | 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://siil.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/ | | |

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.537.143**

**GONZALEZ GARCIA**

APELLIDOS

**MYRIAM ESTHER**

NOMBRES

Myriam Esther Gonzalez Garcia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUL-1957**

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

**1.58** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**08-JUL-1977 SANTA MARTA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00062704-F-0036537143-20080902 0002881962A 1 4450004940

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

persona natural

Persona jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **36537143**

Resultados encontrados:

| # | No Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | primer nombre | segundo nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 36537143 | GONZÁLEZ | GARCÍA | MIRIAM | ESTER | 2022-07-15, 14:52 |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023

Powered by CamScanner

El (la) suscrito(a) Myriam Esther Gonzalez Garcia identificado con C.C./C.E./P.P No. 36537143 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 Myriam Gonzalez Garcia
Nombre Myriam Esther Gonzalez Garcia
Cédula 36537143

COPIA CONTROLADA

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** | MIRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA |
| **Tipo de documento** | |
| **Número de documento** | |
| **Dirección** | |
| **Código postal** | |
| **Estrato** | |
| **Ubicación** | |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | miriamgonzalezgarcia1307@gmail.com |
| **Teléfono** | |
| **Celular** | 3007914724 |
| **Nivel Educativo** | |

## Configuración

| | |
|---|---|
| **Zona horaria** | (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| **Idioma** | Español (Colombia) |
| **Configuración regional** | Spanish (Colombia) |

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | ¿Cuál es su número de teléfono? |
| **Respuesta** | 3007914724 |
| **SMS para recuperar la contraseña** | 3007914724 |

Editar

Santa Marta, Diciembre 05 del 2023

Doctor
German Gaviria Vargas
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Propuesta de Servicios.

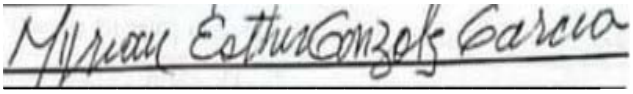
Myriam Esther Gonzalez Garcia
C.C 36.537.143
Dirección: carrera 33 # 9b-04 bastidas
Celular: 3007914724
Correo: miriamgonzalezgarcia1307@gmail.com

Cordial saludo:

Muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentarle mí propuesta como AUXILIAR DE ENFERMERIA, función que desempeñaré a cabalidad cumpliendo con todas las funciones que sean asignadas pertinentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta.

Atenta



Myriam Esther Gonzalez Garcia

C.C 36.537.143

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14399072828

(415)7707212489984(8020) 000001439907282 8

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

| 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 |
|---|---|---|---|
| GONZALEZ | GARCIA | MYRIAM | ESTHER |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 33 9 B 04 BRR BASTIDAS

42. Correo electrónico: yazmibal@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | Actividad secundaria | Otras actividades | | |
| 46. Código / 47. Fecha inicio actividad | 48. Código / 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 / 2 0 1 1 1 0 1 0 | | | 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 (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20) | 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 2016 - 12 - 28

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 QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA

985. Cargo Analista III

Fecha generación documento PDF: 19-09-2023 07:54:45AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

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 |
|---|---|---|
| Gonzalez | Garcia | Myriam Esther |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36537143 | 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 13 MES 07 AÑO 1957 | CARRERA 33 9 B 04 casa bastidas | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | MAGDALENA |
| DEPTO | MAGDALENA | MUNICIPIO | SANTA MARTA | | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | TELÉFONO | | EMAIL | miriangonzalez57@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

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

| 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 | | | 08 | 1981 | 0617 |

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| Seminario | UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | SEMINARIO REANIMACION CEREBRO PULMONAR | 01 | 4000 |
| Seminario | UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN PREOPERATORIO | 11 | 2012 |
| Taller | HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS | 01 | 2012 |
| Taller | UNIVERSIDAD COOPERATIVE DE COLOMBIA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | REGISTRO DE BALANCE DE LIQUIDOS | 11 | 2009 |
| Cursos | SENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | RELACIONES INTERPERSONALES | 05 | 2008 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| *MEDIO DE CAPACITACIÓN* | *INSTITUCIÓN* | *MODALIDAD* | *CURSO* | *TERMINACION* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | *MES* | *AÑO* |
| Cursos | SENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | SERVICIO AL CLIENTE | 05 | 2008 |
| Conferencia | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | 04 | 1992 |

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

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AREA CENTRAL ESTERILIZACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 07 | *Año* | 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AREA CENTRAL ESTERILIZACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* | 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AREA CENTRAL ESTERILIZACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 01 | *Año* | 2023 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | | *DEPENDENCIA*<br>AREA CENTRAL ESTERILIZACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4365007 | | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2020 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | | *DEPENDENCIA*<br>CENTRAL DE ESTERILIZACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4365007 | | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2020 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | | *DEPENDENCIA*<br>CENTRAL DE ESTERILIZACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4365007 | | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* | 2020 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | | *DEPENDENCIA*<br>CENTRAL DE ESTERILIZACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4365007 | | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* | 2020 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | | *DEPENDENCIA*<br>CENTRAL DE ESTERILIZACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA* X | | *PRIVADA* | | *PAÍS* COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* MAGDALENA | *MUNICIPIO* SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* 4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 29 | *Mes* | 01 | *Año* | 2014 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2014 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA* X | | *PRIVADA* | | *PAÍS* COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* MAGDALENA | *MUNICIPIO* SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* 4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 10 | *Mes* | 10 | *Año* | 2013 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROONIS | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA* X | | *PAÍS* COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C. | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* 4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 18 | *Mes* | 07 | *Año* | 2013 | *Día* | 17 | *Mes* | 08 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | *DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA* X | | *PRIVADA* | | *PAÍS* COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* MAGDALENA | *MUNICIPIO* SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 30 | *Mes* | 12 | *Año* | 2012 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* CIRUGIA | | | | | | *DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA* X | | *PRIVADA* | | *PAÍS* COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* MAGDALENA | *MUNICIPIO* SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* | 2013 | *Día* | 30 | *Mes* | 05 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | | *DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA* X | *PRIVADA* | *PAÍS* COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* MAGDALENA | *MUNICIPIO* SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 11 | *Año* 2012 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* PEDIATRIA | | | | | *DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA* X | *PRIVADA* | *PAÍS* COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* MAGDALENA | *MUNICIPIO* SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* 4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 09 | *Año* 2012 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA* X | *PRIVADA* | *PAÍS* COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* MAGDALENA | *MUNICIPIO* SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* 4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 01 | *Año* 2012 | *Día* | 10 | *Mes* | 07 | *Año* | 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA* X | *PRIVADA* | *PAÍS* COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* MAGDALENA | *MUNICIPIO* SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 11 | *Año* 2011 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2011 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* GINECOLOGIA | | | | | *DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* REDCARIBE | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* X | *PAÍS* COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* MAGDALENA | *MUNICIPIO* SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* 369786 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* 2010 | *Día* | 27 | *Mes* | 10 | *Año* | 2011 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN* CARRERA 50 N 75 20 | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA* | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *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

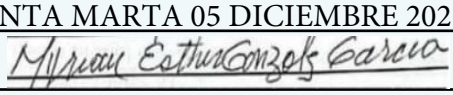
| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 11 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1 | 1 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 3 | 5 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 5 | 7 |

## 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 05 DICIEMBRE 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 Comunal de Bachillerato
# "Rodrigo de Bastidas"

Santa Marta - D.T.H.C.

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 1276 del 14 de Diciembre de 1998.

Confiere a

## MIRIAN ESTHER GONZALEZ GARCIA

Identificado(a) con C.C. No. 1365371431 Expedida en Santa Marta

El Título de

# Bachiller Académico

Especialidad en Ciencias.

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

Rector,

Secretario,

COLEGIO COMUNAL RODRIGO DE BASTIDAS

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 1 Folio No. 11 Diploma No. 11

Dado en Santa Marta, a 18 de diciembre de 1998.




# ACTA DE GRADO

No. y Fecha de Registro: 1276 del 14/12/1998

## COLEGIO COMUNAL DE BACHIELLERATO
## Rodrigo de bastida

*HACE CONSTAR QUE:*

***MYRIAM ESTHER GONZÁLEZ GARCÍA***

Con documento de identificación No. CC. 36.537.143
REALIZO Y APROBÓ

## BACHILLER ACADÉMICO
CON ESPECIALIDAD EN CIENCIAS

ANOTADO EN EL CONTROL INTERNIO DEL PLANTEL
EN EL LIBRO N° 1 DE FOLIO 11 DIPLOMA 11

RECTOR(A)
LIBARDO REYES HOYOS

SECRETARIO(a)
EDUARDO MEDINA ROSAS

En la constancia del presente documento se firma en santa marta a los 18 días del mes de diciembre 1998

Powered by CamScanner

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

# ACTA DE GRADO

No. y Fecha de Registro: 77455 del 03/08/1981

## EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

*HACE CONSTAR QUE:*

## *MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA*

con documento de identificación No. CC. 36.537.143

REALIZO Y APROBO LA ESPECIALIDAD

## AUXILIAR DE ENFERMERIA

CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL C.A.P.

En constancia de lo anterior se firma el presente **DUPLICADO** en BOGOTÁ a los 08 días del mes de Abril de 2014.

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR(A) CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CONFIERE A

MYRIAM ESTHER GONZÁLEZ GARCÍA

C.C. 36.537.143 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

## Certificado de Aptitud Profesional

## AUXILIAR DE ENFERMERÍA

FIRMA AUTORIZADA

REGISTRO Y CERTIFICACION

FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CENTRO DE FORMACION

BOGOTÁ, D. C.

3 de Agosto de 1981

CIUDAD Y FECHA DE TERMINACION

.77455

3 de Agosto de 1981

No. DE REGISTRO Y FECHA DE EXPEDICION

DUPLICADO

Powered by CamScanner

Gobernación del Magdalena

*República de Colombia*
*Gobernación Departamento del Magdalena*

MAGDALENA SOCIAL ES LA VÍA

RESOLUCIÓN Nro. 47 # 3855

**Por la cual se registra un titulo**
**LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

## CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA** identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 36,537,143, expedida Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, según CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL, otorgado por EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Acta de Grado No. 77455 del 03 de Agosto de 1981.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

## RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA**, identificado (a) con Cedula de Ciudadania No. 36,537,143, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en el territorio Nacional.

## COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 01 NOV 2019

**ANSELMO HOYOS FRANCO**
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Revisó: Piedad De la Hoz O.
Proyectó: Martha Vásquez M.



Powered by CamScanner

**Resultado General -2023-12-05→8:40:50 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 36537143 | MYRIAM | ESTHER | GONZALEZ | GARCIA | 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) MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA identificado(a) con CC 36537143 registra La siguiente información:**

**2023-12-05→8:40:50 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TÉCNICO ENFERMERIA | 2019-11-01 | 473855 | 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).**

*República de Colombia*

*Departamento del Magdalena*

**CORPORACION EDUCATIVA**

# INSALUD

**¡ Un Nuevo Concepto en Educación !**

**Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999 y con registro de programa según resolución No. 0859 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.**

*Teniendo en cuenta que.*

## MYRIAM ESTHER GONZÁLEZ GARCÍA

***IDENTIFICADO (A) CON C.C. 36.537.143***

**Aprobó los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:**

# *Violencia Sexual*

**Con una intensidad total de 30 horas, virtuales.**

**Dado en Santa Marta, a los 03 Días del mes de Diciembre del 2020.**

Corporación Educativa INSALUD ¡Un Nuevo Concepto en Educación!

**Director**

**Coordinador**

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*

# *Miryam Esther Gonzalez Garcia*

## *CC 36537143 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-13
Fecha de vencimiento: 2025-12-13

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901544869-6*

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

# *Certifica*

# *Miryam Esther Gonzalez Garcia*

## *CC 36537143 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2023-09-21
Fecha de vencimiento: 2025-09-21

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901544869-6*

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

# *Certifica*

# *Miryam Esther Gonzalez Garcia*

## *CC 36537143 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2023-09-19
Fecha de vencimiento: 2025-09-19

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

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

# CONCEPTO MÉDICO

**Motivo de consulta:** Ingreso

**Fecha de consulta:** 16/05/2023

## Información paciente



**Empresa:** SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
**Empresa en misión:**
**Nombre completo:** MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA
**Identificación:** CC: 36537143
**Responsable:** El mismo paciente
**Acompañante:** Ninguno
**Cargo:** AUXILIAR DE ENFERMERIA
**Fecha nacimiento:** 13/07/1957
**Edad:** 65
**Genero:** Femenino
**Estado civil:** Divorciado (Separado)
**Escolaridad:** Técnica
**Teléfono:**
**Dirección:**
**N° hijos:** 3
**ARL:**
**EPS:** Nueva EPS
**AFP:** Colpensiones

## Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

## Concepto de aptitud

Apto para la labor.

## Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

## Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

## Recomendaciones especificas

**HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS DE BASE POR EPS.**
**NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19**

**Pedro Francisco Manjarres Palacio**
**Profesión:** Medico especialista en sst
**Registro:** 70584

Myriam Esther Gonzalez Garcia

**Aspirante o trabajador**
MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA
**Identificación:** CC: 36537143



Powered by CamScanner

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

DIASENOR LTDA
Nit: 800.002.060-3
Calle 17 No. 6-69 Telefonos : 4211410-4210792 Santa Marta

**LA SUSCRITA GERENTE**

**CERTIFICA**

Que la señora MIRIAM GONZALEZ GARCIA, identificada con la cédula de ciudadanía número 36.537.143 de Santa Marta, trabajó en la Empresa SEDE VACACIONAL LOS TRUPILLO, por intermedio de esta firma, desde 08 de Julio de 2006 hasta el 31 de Diciembre de 2006, Asumiendo el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA. Con un sueldo Mensual de Cuatrocientos Ocho Mil Pesos Mcte. ($ 408.000.00)

Durante el tiempo trabajado demostró ser una persona responsable, honrada, colaboradora y cumplidora de su deber.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los Veinti Seis Dias mes Febrero del 2007.

Maria C. Campo Caballero
**MARIA CECILIA CAMPO CABALLERO**
**Gerente**

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 57429633 **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 04/12/2023 04:31 PM

Código Verificación: **UWGNSQ9DP5**

Válida hasta: **03/03/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres: Myriam Esther
Apellidos: Gonzalez García
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 36537143
Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 07 Año 1957

---

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: MIRIAN ESTHER
Apellidos: GONZALEZ GARCIA
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36537147
Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 06 Año 1957

---

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: Miriam
Apellidos: Gonzalez García
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No.
Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 07 Año 1957

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 29/03/2021 | Astrazeneca | CTHAV019 | HUJTHB | Auris Correa | 57170484 |
| | 2 | 23/07/2021 | Astrazeneca | CTHAV019 | Ips San Gabriel | Maryuris Hernandez | 1148962493 |
| | | 03/12/2021 | PFIZER | FJ1966 | Prevenir 1-A | Nicolle Fajardo | 1004363475 |

| 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 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 1-09-21 | R00312087 | HUJMB ejec. |
| Otras | | 13-7-22 | V502222014 | HUJMB ejec. |
| | | | | |
| | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | 22-03-18 | SNFN3V27 | ejec. |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 22-03-18 | 22150DA04 | ejec. |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 15-05-19 | V5V22006 | ejec. |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres: Miriam Esther

Apellidos: Gonzales Garcia

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP : otro cuál:

No. 36.537.143

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 07 Año 1957

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 29-03-2021 | Astrazeneca. | CTMAN514 | HUJMB | Erika Aguirre. | 64869701 |
| | 2 | 23-07-21 | Astrazeneca | XH0302 | San Gabriel | Maryuris Hernandez | 1148962497 |
| | | 03 12 2021 | PFIZER | FJ1966 | prevenir 7-A | Nicolle Fojardo | 1004363485 |

Powered by CamScanner

FUNCIÓN PÚBLICA

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración: PERIÓDICO

Fecha de publicación: 2023-02-14 19:29

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MYRIAM | ESTHER | GONZALEZ | GARCIA |

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 36537143

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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



Powered by CamScanner

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $1.800.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $1.800.000,00 |

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: Sí [ ] No [X]

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



Powered by CamScanner

| 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]



Powered by CamScanner

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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



Powered by CamScanner

## 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:

| |
|---|
| |



Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA identificado(a) con CC 36537143 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 04/09/2010 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes de diciembre del año 2023.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MYRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36537143,** se encuentra afiliado/a desde **11/05/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

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



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.

# FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FINC4F
VERSION: 002
FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| Santa Marta | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Myriam Esther Gonzalez Garcia

Sexo: M [ ] F [X]

| Tipo de Documento | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|
| C.C. [✓] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ] | 36.537.143 | Santa Marta | 8-07-77 |

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

| Fecha nacimiento | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| 13 07 1957 | Santa Marta | cra. 33 Nº 9B-04 | Santa Marta | Magdalena |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| miriamgonzalez257@hotmail.com. | 3007914724 | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | [✓] | Hogar | | Jubilado | | | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| Auxiliar de Enfermeria | Apoyo Terapeutico |

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

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

## 2. DATOS LABORALES

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

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| cra 14 # 23-42 | Santa Marta | Alcazarez | 4365007 |

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 suministra | 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? N.A

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

## 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 mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me



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

Powered by CamScanner