LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, ROSMERY NARVÁEZ GONZÁLEZ, Identificado con Cédula No. 57434204 y Profesión ENFERMERA 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	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
4	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php		
5	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
6	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)		
7	Propuesta de Servicios		
8	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
10	RUT - Registro Único Tributario		
11	Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II)		
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
13	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – MES actual).		
14	Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)		
16	Tarjeta Profesional		
17	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
24	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
25	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*.		
26	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*)		
27	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.*		
28	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*).		
29	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
30	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)		
31	Soporte de experiencia laboral.		
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://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)		
36	Certificado SARLAF – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.434.204
NARVAEZ GONZALEZ

APELLIDOS
ROSMERY ELENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1972
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-SEP-1990 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00061763-F-0057434204-20080830 0002796559A 1 4470005115

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 57434204

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57434204	NARVAEZ	GONZALEZ	ROSMERY	ELENA	2022-04-04, 10:21 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

HJMB	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ identificado con C.C./C.E./P.P No. 57434204 expedida en SANTAMARTA, 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 5 del mes de enero de 2024.

Firma _____
Nombre ROSMERY E. NARVÁEZ GONZÁLEZ
Cédula 57434204

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	
Título	Sra.
Nombre	ROSMERY ELENA
Apellidos	NARVAEZ GONZALEZ
Fecha de Nacimiento	10/05/1972 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	57434204
Dirección	kra 20 No 32-21
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Colombia
País	COLOMBIA
Correo electrónico	rosmerynarvaez2010@gmail.com
Teléfono	0000000
Celular	3166921800
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

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 el nombre de su abuelo?
Respuesta	PEDRO
SMS para recuperar la contraseña	3166921800

Editar

PROPUESTA DE TRABAJO PARA EL AÑO 2024

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
Enfermera jefa T.P.N. 11088
Carrera 20 N0. 32-21
Teléfono Móvil: 3166921800 - 4405137



PERFIL PROFESIONAL

Notable conocimiento en todos los procesos vigentes en enfermería, sistemas, atención al cliente, administrativa, asistencial, urgencias, hospitalización quirúrgica, medicina interna, hospitalización en casa, triage, promoción y prevención resolución 4505 en asistencias técnicas con énfasis en auditoria de la calidad del dato de las EAPB subsidiadas y contributivas. Salud sexual y reproductiva.

Mi objetivo profesional es seguir trabajando en una institución en la cual pueda desarrollar y aportar mi formación y experiencia como Enfermera, he desarrollado habilidades y aptitudes que me ayudan a la implementación de mi labor profesional. Actualmente me encuentro en la búsqueda de nuevas oportunidades laborales y deseo formar parte de un equipo de trabajo que me permita mostrar mi valía y aportar mis habilidades y experiencia.

Se suscribe de Usted

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
C. C. N° 57434204 de Santa Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14750789502

(415)7707212489984(8020) 000001475078950 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 7 4 3 4 2 0 4	6	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	5 7 4 3 4 2 0 4	1 9 9 0 0 9 1 1

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
NARVAEZ	GONZALEZ	ROSMERY	ELENA

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 20 32 21 BRR PRIMERO DE MAYO

42. Correo electrónico: rosmerynarvaez2010@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 6 9 2 1 8 0 0	4 3 9 2 7 0 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 04 - 05 / 14 : 42: 00

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 NARVAEZ GONZALEZ ROSMERY ELENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 29-03-2023 08:09:15PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Narvaez	Gonzalez	Rosmery Elena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 57434204	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 10 MES 05 AÑO 1972	CARRERA 20 32 21 1? de Mayo			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	4357193	EMAIL	rosmerynarvaez2010@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	1989
										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	
POSTGRADO	9	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD	08	2009	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	06	2004	11088

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 ÚNICO

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 ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Dia* 24 *Mes* 11 *Año* 2023	*FECHA DE RETIRO* *Dia* 31 *Mes* 12 *Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA REFERENCIA - CONTRAR	*DEPENDENCIA* PAI (VACUNACION)	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3166921800	*FECHA DE INGRESO* *Dia* 18 *Mes* 07 *Año* 2023	*FECHA DE RETIRO* *Dia* 31 *Mes* 10 *Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA REFERENTE	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3166921800	*FECHA DE INGRESO* *Dia* 18 *Mes* 07 *Año* 2023	*FECHA DE RETIRO* *Dia* 31 *Mes* 10 *Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3166921800	*FECHA DE INGRESO* *Dia* 18 *Mes* 07 *Año* 2023	*FECHA DE RETIRO* *Dia* 31 *Mes* 10 *Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 4209632	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 04 *Año* 2023	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 05 *Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 02 *Año* 2022	*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 12 *Año* 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VACUNACION INTRAMURAL	*DIRECCIÓN* CALLE 23 null null N° 7-78

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 13 *Mes* 09 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 12 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION	*DIRECCIÓN* CALLE 23 null null N° 7-78

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO* *Día* 10 *Mes* 03 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 09 *Mes* 09 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA VACUNACION	*DIRECCIÓN* CALLE 23 null null N° 7-78

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 09 *Año* 2020	*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 12 *Año* 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION	*DIRECCIÓN* CALLE 23 null null N° 7-78

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	15	*Mes*	07	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 23 null null N° 7-78						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 23 null null N° 7-78						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	21	*Mes*	05	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 23 null null N° 7-78						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4209600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	10	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 14 null null N° 2-49						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE GUAINIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4329500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	08	*Año* 2018	*Día*	10	*Mes*	10	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4209600	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* Calle 14 No 2-49						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4329600	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	11	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* Calle 14 No 2-49						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SURGIFAST			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3187118307	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	04	*Año*	2010	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ENFERNERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3ªN 24 04						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A ESIMED			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	10	*Año*	2006	*Día*	22	*Mes*	11	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA PYP	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* AVENIDA DEL LIBERTADOR 24-07						

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*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	11	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	15	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 05-01-2024

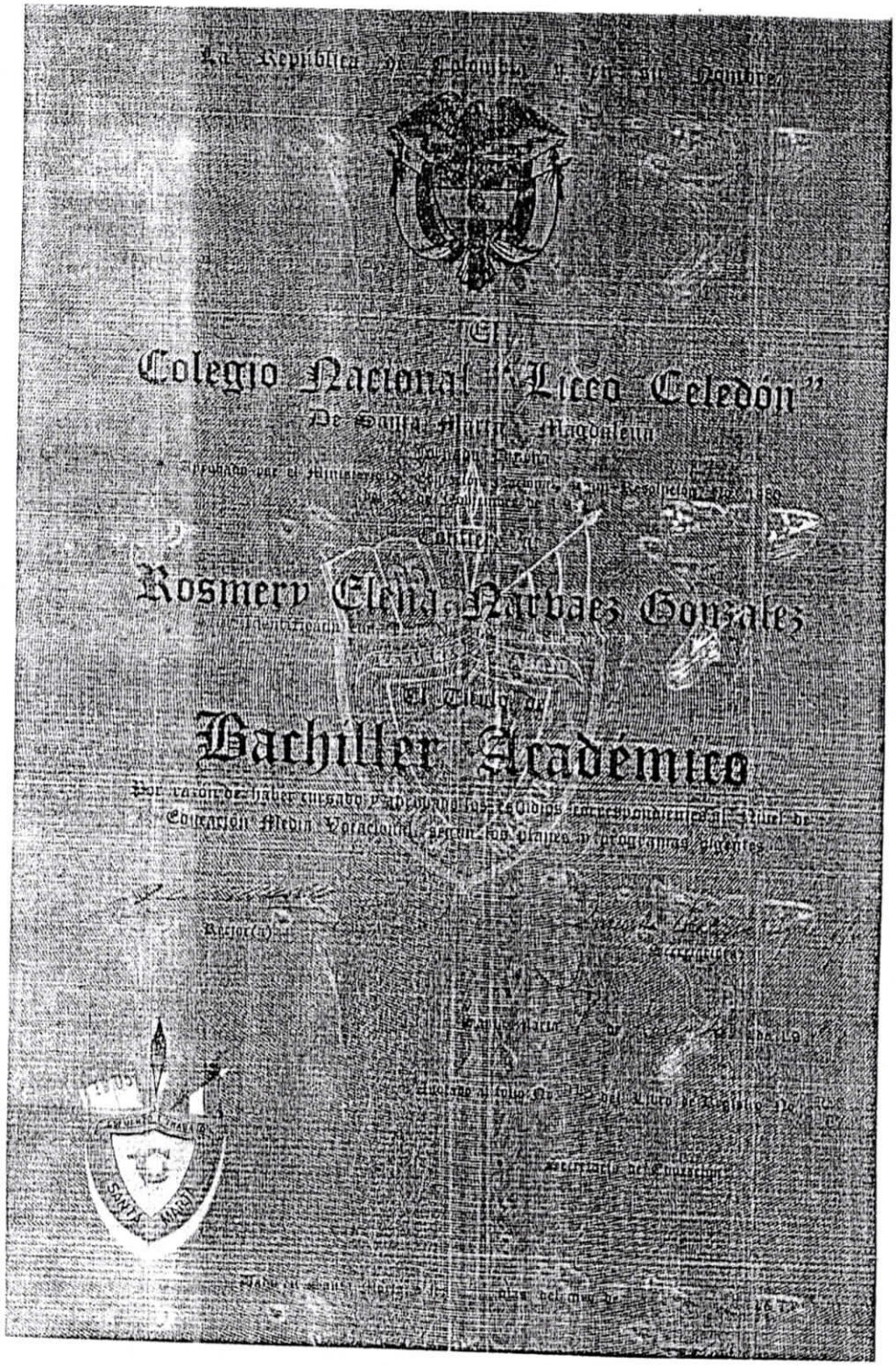
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



La República de Colombia a [illegible] Nombre

El

Colegio Nacional "Liceo Celedón"

De Santa María Magdalena

aprobado por el Ministerio [illegible] Resolución [illegible]

Confiere

Rosmery Elena Narváez Gonzalez

El Título de

Bachiller Académico

Por cuanto ha sido [illegible] los estudios correspondientes al Ciclo de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Rector(a)

Secretario(a)

Refrendado

Se anotó a folio [illegible] del Libro de Grados de

Secretario del Consejo

REPUBLICA DE COLOMBIA

COLEGIO NACIONAL "LICEO CELEDON"

Santa - Marta
Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resoluciones Nos. 1480 del 20 de Noviembre de 1941 para la Jornada Diurna y Resolución No. 7752 del 9 de Mayo de 1979 para la Jornada Nocturna

Acta de Grado

En la ciudad de **SANTA MARTA** a los 7 días del mes de Diciembre del año de 1989 se reunieron, con el fín de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del **COLEGIO NACIONAL LICEO CELEDON** modalidad **ACADEMICO** institución aprobada hasta **NUEVA VISITA** en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad **ACADEMICO,** según Resolución (es) Número (s) 1480 de noviembre 20 de 1941 en la Jornada Diurna y 7752 del 9 de Mayo de 1979 Jornada Nocturna.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE
20	NARVAEZ GONZALEZ ROSMERY ELENA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 720510-10931 Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 001 de fecha Diciembre 7 de 1989

que consta de 121 alumnos graduados, comienza con el nombre de AGUILAR GARCIA RICARDO RAFAEL y se cierra con el nombre de ZAPATA ARREGOCES SARA ELENA

firmado y sellado por CARLOS ARTURO RIBERO REY (Rector) y AMANDA VELASQUEZ DE HERRERA (Secretario)

Dada en **SANTA MARTA** a los 7 días del mes de Diciembre 7 de 19 89

En constância se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Firmado y Sellado

CARLOS ARTURO RIBERO REY
El Rector o Director (a)
c. c. No. 5.563.708 de B/manga. (Sant.)

AMANDA VELASQUEZ DE HERRERA
El Secretario (a)
c. c. No. 36.530.298 de Santa Marta, (Magd.

ehdem.-

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 10 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

Rosmery Elena Narváez González

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 57.434.284 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

ENFERMERA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Santa Marta el 4 de diciembre de 2004

Rector

Rector Honorario

Decano de Facultad

Director Seccional

Secretario General

Registro y Diploma

Registrado al folio [illegible] del Libro de Registros y Diplomas No. V

Refrendado en Santa Marta el 4 de 2004

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 258

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: ACTA No. 014 DE SEPTIEMBRE 15 DE 1993

FECHA: 4 DE DICIEMBRE DE 2004

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA.

En atención a que ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ

con cédula de ciudadanía No. 57,434,204 **de** SANTA MARTA (MAGD.)

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No. 017 **en sesión del día** 9 **de** NOVIEMBRE **de** 2004

Para constancia se suscribe por:

JUAN CARLOS PEREZ SOTO
Rector

CESAR PEREZ GARCIA
Rector Honorario

ROQUE JULIO MORENO ESTEVEZ
Secretario General

JUAN OLIVELLA JACQUIN
Director Seccional

FAROUK ZAWADY LEAL
Decano de la Facultad

No. 04347

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

PERSONERÍA JURÍDICA No. 2613 DE 1959. MINJUSTICIA

CON LAS DEBIDAS AUTORIZACIONES LEGALES Y EN CONSIDERACIÓN A QUE

Rosmery Elena Narváez González

C.C. 57'434.204 de Santa Marta

TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LAS PRUEBAS REGLAMENTARIAS,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en
Gerencia y Auditoria de la Calidad en Sal

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL, A LOS 28 DÍAS DEL MES DE noviem
DEL AÑO 2009

EL RECTOR

UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

Personería Jurídica No. 2613/1959 Minjusticia

3

El suscrito Secretario General de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, expide a continuación copia del acta de grado

número DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE (269)

Correspondiente al día VEINTIOCHO (28)

de NOVIEMBRE **de** DOS MIL NUEVE

(2009), **Registrada en el Libro de Actas de Grado al Folio Número** 215

"En Bogotá D.C., siendo las 5:00 P.M. **del día** 28 **de** NOVIEMBRE

del año 2009 **bajo la presidencia del doctor** JOSÉ FERNANDO ISAZA DELGADO

Rector de la Universidad, se efectuó la ceremonia para otorgar el grado de

ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD

Registrado en el Libro de Grados Títulos No. 20 **Folio No.** 174 Registro No. **202585**

de la Universidad

a **ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ**

identificada con cédula de ciudadanía No. 57434204 **expedida en** Santa Marta **, quien terminó sus estudios de acuerdo con los reglamentos. El Señor Rector en nombre y representación de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano y previo juramento, hizo entrega del diploma correspondiente.**

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron".

Firmado Rector JOSÉ FERNANDO ISAZA DELGADO

Firmado Decano de la Facultad SALOMÓN KALMANOVITZ KRAUTER

Firmado Secretario General CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN

Es fiel copia tomada de su original que se expide a los VEINTIOCHO

(28) **días del mes de** NOVIEMBRE **del año** DOS MIL NUEVE

(2009).

CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN

Secretario General

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.434.204, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los tres (03) días del mes de enero del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 - 1190

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que, **NARVAEZ GONZÁLEZ ROSMERY ELENA,** identificada con cédula de ciudadanía No. 57.434.204 expedida en Santa Marta - Magdalena, ha solicitado el registro de su TÍTULO de **ENFERMERA** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA,** según Acta de Grado No. 258 de fecha 04 de Diciembre de 2004 Folio 3282 de 04 de Diciembre de 2004.

Que **NARVAEZ GONZÁLEZ ROSMERY ELENA**, participo en el sorteo de plaza para el Servicio Social Obligatorio, efectuado en la Secretaria de Salud Departamental del Magdalena, el día 15 de Abril de 2005, dando cumplimiento al Acuerdo 001 de 2005, emanado del Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio.

Que una vez realizado el sorteo, **NARVAEZ GONZÁLEZ ROSMERY ELENA,** no salio favorecida, quedando exento de prestar el Servicio Social Obligatorio.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **NARVAEZ GONZÁLEZ ROSMERY ELENA** para ejercer la profesión como **ENFERMERA** en todo el territorio nacional

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 24 MAY 2005

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ

C.C. 57.434.204 SANTA MARTA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 11088
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 01/JUL/2005

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 01/JUL/2015

THOMAS GREG & SONS 305.018.31/0406

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Terrritorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

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 *: 57434204

Primer Nombre: Rosmery

Primer Apellido: Narvaez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6203

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-01-05→1:04:40 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	57434204	ROSMERY	ELENA	NARVAEZ	GONZALEZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ identificado(a) con CC 57434204 registra La siguiente información:

2024-01-05→1:04:40 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2005-07-01		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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).

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ROSMERY NARVAEZ GONZALEZ

C.C. 57.434.204

por haber asistido y aprobado el curso:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género.

Realizado en modalidad virtual, **del 12 al 13 de Febrero de 2022.**
con una intensidad académica de **40 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019, y lo exigido en la Ley 1146 del 2007 y Res. 0459

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

Regina Ortega Gual
PSICÓLOGA

Alfredo Bolívar Tavera
MÉDICO PERITO

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ROSMERY NARVAEZ GONZALEZ

C.C. 57.434.204

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA – SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado en modalidad virtual, **del 25 al 27 de Febrero de 2022,**
con una intensidad académica de **48 horas.**
El curso sigue los lineamentos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Valido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

ACESS

Otorga el presente certificado a

ROSMERY NARVAEZ GONZALEZ

C.C. 57434204

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

Gestión del Duelo

Realizado en modalidad virtual los días **01 y 02 de Febrero del 2022,**
con una intensidad horaria de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

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

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

ROSMERY NARVAEZ GONZALEZ

C.C. 57.434.204

Por haber asistido y aprobado el curso:

HAZMAT MEDICO

ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472

Realizado en modalidad virtual los días 26 y 26 de Febrero de 2022, con una intensidad de 40 horas.

El curso cumple con lo exigido en la Res. 3100 de 2019, bajo estándares internacionales NFPA 472. Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 18/Jul/2023, **Hora:** 10:02:08 a.m.
Apellido: Narvaez Gonzalez **Nombre:** Rosmery Elena **HC:** # 80218
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 57434204 **Edad:** 51 años
Empresa: Particular **Sexo:** Femenino ♀
Cargo: Jefe De Enfermeria **Nacim:** 10/May/1972
Direccion: Cra 20 No 32-21 1 Mayo **Rh:** O+
Telefono: **Celular:** 3166921800 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: ::: No Aplica :::.
Peso: 44 Kg **Estatura:** 153 Cm **IMC:** 18.8 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Colpatria **AFP:** Colpensiones

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Realizar Pausa Activas
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Rosmery Elena Narvaez Gonzalez
CC 57434204

Huella Digital

ALCALDÍA DE SANTA MARTA	FORMATO DE INFORME DE ACTA DE INICIO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-001
	EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA DE FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	1770 -2023
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
N° de identificación	57434204 expedida en Santa Marta.
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.
Valor del Contrato	OCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M.L. ($ 8.800.000)
N° CDP	1378 DEL 14 DE JULIO DE 2023
N° CRP	3190 DEL 24 DE NOVIEMBRE DE 2023
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023
Supervisor del Contrato	JORGE BERNAL CONDE

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. N° **93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ** identificado (a) con C.C. No. **57434204** expedida en la Ciudad de Santa Marta, en calidad de CONTRATISTA, con el fin de **DAR POR TERMINADO** a la ejecución del referido Contrato.

Por lo que, con la firma de este documento, estoy manifestando que he sido notificado de mi labor de Supervisor, que conozco mis obligaciones, las cuales están descritas en el citado Contrato y que este da inicio, al cumplirse los requisitos de ejecución, señalados en el Artículo.41 de la Ley 80 de 1993.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de diciembre del año 2023.

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ACTA DE FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	1503 -2023
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
N° de identificación	57434204 expedida en Santa Marta.
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.
Valor del Contrato	DIECISIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M.L. ($ 17.600.000)
N° CDP	1378 DEL 14 DE JULIO DE 2023
N° CRP	2321 DEL 27 DE JULIO DE 2023
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2023
Supervisor del Contrato	JORGE BERNAL CONDE

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. **N° 93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como CONTRATANTE, y por la otra, **ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ** identificado (a) con C.C. No. **57434204** expedida en la Ciudad de Santa Marta, en calidad de CONTRATISTA, con el fin de **DAR POR TERMINADO** a la ejecución del referido Contrato.

Por lo que, con la firma de este documento, estoy manifestando que he sido notificado de mi labor de Supervisor, que conozco mis obligaciones, las cuales están descritas en el citado Contrato y que este da inicio, al cumplirse los requisitos de ejecución, señalados en el Artículo 41 de la Ley 80 de 1993.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los **31** días del mes de octubre del año 2023.

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ACTA DE FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	757 - 2023
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
N° de identificación	57434204 expedida en Santa Marta.
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, ETS, (VIH/SIDA), DE LA DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.
Valor del Contrato	OCHO MILLONES DE PESOS M. L ($8.000. 000.oo)
N° CDP	441 DEL 14 DE FEBRERO del 2023
N° CRP	1010 DEL 19 DE ABRIL DE 2023
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE MAYO DE 2023
Supervisor del Contrato	JORGE BERNAL CONDE

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. N° **93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como CONTRATANTE, y por la otra, **ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ** identificado (a) con C.C. No. **57434204** expedida en la Ciudad de Santa Marta, en calidad de CONTRATISTA, con el fin de **DAR POR TERMINADO** a la ejecución del referido Contrato.

Por lo que, con la firma de este documento, estoy manifestando que he sido notificado de mi labor de Supervisor, que conozco mis obligaciones, las cuales están descritas en el citado Contrato y que este da inicio, al cumplirse los requisitos de ejecución, señalados en el Artículo 41 de la Ley 80 de 1993.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los **31** días del mes de mayo del año 2023.

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
Contratista

SANTA MARTA
SIGUE CAMBIANDO

SECRETARIA DE SALUD

CIUDAD DEL BUEN VIVIR

ACTA DE FINALIZACIÓN

CONTRATO N° 1637 DEL 10 DE NOVIEMBRE DE 2017	
CONTRATANTE:	ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA
NIT	891780009-4
CONTRATISTA:	ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERIA COMO APOYO A LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y CALIDAD DEL DATO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI, EN LAS EAPB DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTIÓN PROGRAMATICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL VIGENCIA 2017
VALOR:	CINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 5.600.00,00)
PLAZO:	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE -2017
SUPERVISOR:	BLANCA ROSA FERNANDEZ GUERRERO
CDP:	2784 DEL 10 NOVIEMBRE DEL 2017
CRP:	3186 DEL 10 NOVIEMBRE DEL 2017

En Santa Marta D.T.C.H., se reunieron los suscritos, a saber: **BLANCA ROSA FERNÁNDEZ GUERRERO**, identificada con C.C. **No. 57.411.367** expedida en Ciénaga Mag.-, y **SUPERVISOR** del Contrato en mención, en nombre y representación de la Alcaldía Distrital de Santa Marta, identificada con NIT 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ**, identificado con la C.C. N°.57.434.204 expedida en Santa Marta, en su calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR FINALIZADO** el referido contrato, indicando que se dio cumplimiento al mismo de manera satisfactoria.

Dado en Santa Marta, a los treinta y uno (31) días del mes de DICIEMBRE del 2017.

BLANCA ROSA FERNANDEZ GUERRERO
Secretaria de Salud Distrital
SUPERVISOR

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
CONTRATISTA

ALCALDÍA DE SANTA MARTA	FORMATO DE INFORME DE ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-004
	EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	**333 DEL 26 DE ENERO DE 2018**
Objeto del Contrato	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERIA COMO APOYO A LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y CALIDAD DEL DATO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI, DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2018"**
Nombre del Contratante	**DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**
Nombre del Contratista	**ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ**
N° de Identificación del Contratista	**57.434.204 de Santa Marta**
Valor del Contrato	**DIECISEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($16.800.000)**
N° CDP	**450 del 22 de enero de 2018**
N° CRP	**357 del 26 de enero de 2018**
Plazo del Contrato	**CINCO (05) MESES**
Supervisor del Contrato	**JULIO DE JESÚS SALAS BURGOS**

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JULIO DE JESÚS SALAS BURGOS**, con C.C: N° **1.082.885.165** expedida en Santa Marta.-, en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 046 del 01 de Febrero de 2018** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ**, identificado(a) con C.C. N° **57.434.204** expedida en Santa Marta, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los **Veintinueve (29)** días del mes de **JUNIO** del año **2018**.

JULIO DE JESUS SALAS BURGOS
CARGO: Secretario de Salud del Distrito
Supervisor

ROSMERYELENA NARVAEZ GONZALEZ
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ALCALDÍA DE SANTA MARTA	FORMATO DE INFORME DE ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-004
	EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	1012 DEL 24 DE AGOSTO DE 2018
Objeto del Contrato	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y CALIDAD DEL DATO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI, DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2018"
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
N° de identificación del Contratista	57.434.204 de Santa Marta Mag.-
Valor del Contrato	CINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($5.600.000.oo)
N° CDP	1495 DEL 13 DE AGOSTO DE 2018
N° CRP	1817 DEL 24 DE AGOSTO DE 2018
Plazo del Contrato	HASTA EL 10 DE OCTUBRE
Supervisor del Contrato	JULIO DE JESÚS SALAS BURGOS

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JULIO DE JESÚS SALAS BURGOS,** con C.C. N° **1.082.885.165** expedida en Santa Marta.-, en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 046 del 01 de Febrero de 2018** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA,** identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ**, identificado(a) con C.C. N° 57.434.204 expedida en Santa Marta Mag.-, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **Diez (10)** días del mes de **OCTUBRE** del año **2018**.

JULIO DE JESÚS SALAS BURGOS
Secretario de Salud del Distrito
Supervisor

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ALCALDÍA DE SANTA MARTA	FORMATO DE INFORME DE ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-004
	EJECUCIÓN, UQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	1511 DEL 12 DE OCTUBRE DE 2018
Objeto del Contrato	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y CALIDAD DEL DATO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI, DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2018"
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
N° de identificación del Contratista	57.434.204 de Santa Marta Mag.-
Valor del Contrato	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($8.400.000.oo)
N° CDP	2389 DEL 09 DE OCTUBRE DE 2018
N° CRP	2429 DEL 12 DE OCTUBRE DE 2018
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2018
Supervisor del Contrato	JULIO DE JESÚS SALAS BURGOS

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JULIO DE JESÚS SALAS BURGOS,** con C:C: N° **1.082.885.165** expedida en Santa Marta.-, en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO,** nombrado mediante **Decreto N° 046 del 01 de Febrero de 2018** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA,** identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ,** identificado(a) con C.C. N° 57.434.204 expedida en Santa Marta Mag.-, en calidad de **CONTRATISTA,** con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los **Treinta y un (31)** días del mes de DICIEMBRE del año 2018.

JULIO DE JESÚS SALAS BURGOS
Secretario de Salud del Distrito
Supervisor

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
Contratista

Cajamag
NIT. 891.780.093-3

Santa Marta, 1 de febrero de 2022.

ORDEN DE SERVICIO No.D-2022-0040

Señor (a):
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
CC.No.57.434.204 de Santa Marta
Carrera 20 No.32-21 Barrio Primero de Mayo
Telefono: 435 7193 – 316 692 1800
Ciudad

Por medio de la presente autorizo a usted la prestación de sus servicios profesionales de Enfermería Superior como apoyo en los procesos en el área de Enfermería, para verificar la habilitación de Salud Preventiva; verificar anualmente los Convenios para la prestación de los servicios médicos y de especialistas; gestionar la legalización de Convenios con estos profesionales de la Salud, a ejecutarse en las instalaciones del Edificio Administrativo en el Distrito de Santa Marta.

La presente Orden de Servicio tiene una duración desde el 2 de febrero de 2022, hasta el 30 de diciembre de 2022, fecha en la cual cesará en sus efectos, una vez prestado el servicio las partes quedan desvinculadas de sus obligaciones. Por la prestación del servicio recibirá la suma mensual de Un Millón Trescientos Setenta y Un Mil Quinientos Pesos Moneda Legal ($1.371.500.oo), para un valor total a cancelar de Quince Millones Cuarenta Mil Setecientos Ochenta y Cuatro Pesos Moneda Legal ($15.040.784.oo), según reserva presupuestal No.21184.

El contratista se obliga a cumplir con el servicio contratado teniendo en cuenta el código de ética, trasparencia, anticorrupción y el código de buen gobierno de CAJAMAG, el incumplimiento de estas obligaciones o la indebida prestación del servicio faculta a CAJAMAG para dar por terminada, unilateralmente y sin previo aviso, la presente orden

La Caja de Compensación Familiar del Magdalena, no se responsabiliza por los servicios se presten, sin previa expedición de la respectiva orden de servicio.

Sírvase enviar, mensualmente, cuenta de cobro para su cancelación dentro de los diez días siguientes a la prestación del servicio, con el Vo.Bo. del Supervisor Responsable de esta Corporación quien supervisará y certificará la prestación del Servicio. El contratista tiene la obligación de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, así como afiliar a los trabajadores o empleados que contrate en desarrollo del servicio contratado al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando exista la obligación legal.

El contratista al aceptar, ejecutar el servicio solicitado mediante la presente Orden de Servicio, afirma bajo la gravedad del juramento que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en la Ley 21 de 1982, Decreto 2463 de 1981, artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que conforman el Sistema del Subsidio Familiar en Colombia.

Asimismo, el contratista como proveedor de servicios acepta los términos establecidos en el Código del Buen Gobierno de Cajamag, en el que la contratación de sus servicios se hace basada en los principios generales de calidad, transparencia, precio y cumplimiento. El contratista se obliga y compromete a no comunicar a terceros, ni usar en su propio provecho, las informaciones de naturaleza reservada que tenga o llegue a conocer en razón de su vinculación contractual con la Caja y cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios a la entidad, reversándose la Corporación el derecho a solicitar el pago de la indemnización por los perjuicios que tal acción genere. EL CONTRATISTA manifiesta que conoce, acepta y autoriza de forma libre y espontánea, conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la reglamentan, para que durante el término de vigencia de la presente orden de servicio y con posterioridad, EL CONTRATANTE pueda compilar, almacenar, consultar, usar, compartir, intercambiar, transmitir y transferir los datos de EL CONTRATISTA para el cumplimiento del giro ordinario de sus actividades y las relacionas con la ejecución de la orden de servicio.

Toda diferencia que surja entre las partes, por la interpretación de términos, condiciones y ejecución de la presente orden de servicio, deberá ser solucionada a través de una conciliación ante el Centro de conciliación de la cámara de Comercio de Santa Marta.

Atentamente,

MARTHA GARCIA VALENCIA
Directora Administrativa

Acepto:

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC: 57.434.204

GISELLA MENDIVIL RODRIGUEZ
Supervisor Responsable (e)

USS-001-170
Elaboró:Lina M.

Caja de Compensación Familiar del Magdalena
"Somos parte de tu familia"

NIT. 891.780.093-3

Santa Marta, 10 de Enero de 2020.

ORDEN DE SERVICIO No. D-2020-0064

Señor(a):
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC. No. 57.434.204 de Santa Marta
Carrera 20 No. 32 - 21 Barrio 1° de Mayo
Cel. 435 7193 – 316 692 1800
Ciudad

Por medio de la presente autorizo a usted la prestación de sus servicios profesionales de Enfermería Superior como apoyo en los procesos de vacunación, en las instalaciones del Edificio Administrativo en el Distrito de Santa Marta.

La presente Orden de Servicio tiene una duración desde el 16 de enero de 2020, hasta el 15 de julio de 2020, fecha en la cual cesará en sus efectos, una vez prestado el servicio las partes quedan desvinculadas de sus obligaciones. Por la prestación del servicio recibirá la suma mensual de Un Millón Cuatrocientos Doce Mil Setecientos Setenta y Cinco Pesos Moneda Legal ($1.412.775.oo), proporcional por fracción de mes, para un valor total a cancelar de Ocho Millones Cuatrocientos Setenta y Seis Mil Seiscientos Cincuenta Pesos M/L ($8.476.650.oo), según reserva presupuestal No.16409

El contratista se obliga a cumplir con el servicio contratado teniendo en cuenta el código de ética, trasparencia y anticorrupción GER 1-01-DE-6, el código de buen gobierno, las directrices de los programas desarrollados por CAJAMAG, el incumplimiento de estas obligaciones o la indebida prestación del servicio faculta a CAJAMAG para dar por terminada, unilateralmente y sin previo aviso, la presente orden

La Caja de Compensación Familiar del Magdalena, no se responsabiliza por los servicios se presten, sin previa expedición de la respectiva orden de servicio. Sírvase enviar, mensualmente, cuenta de cobro para su cancelación dentro de los diez días siguientes a la prestación del servicio, con el Vo.Bo. del Supervisor Responsable de esta Corporación quien supervisará y certificará la prestación del Servicio.

El contratista tiene la obligación de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, así como afiliar a los trabajadores o empleados que contrate en desarrollo del servicio contratado al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando exista la obligación legal.

El contratista al aceptar, ejecutar el servicio solicitado mediante la presente Orden de Servicio, afirma bajo la gravedad del juramento que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en la Ley 21 de 1982, Decreto 2463 de 1981, artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que conforman el Sistema del Subsidio Familiar en Colombia.

Asimismo, el contratista como proveedor de servicios acepta los términos establecidos en el Código del Buen Gobierno de Cajamag, en el que la contratación de sus servicios se hace basada en los principios generales de calidad, transparencia, precio y cumplimiento.

El Contratista se obliga y compromete a no comunicar a terceros ni usar en su propio provecho, las informaciones de naturaleza reservada que tenga o llegue a conocer en razón de su vinculación contractual con la Caja y cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios a la entidad, reservándose la corporación el derecho a solicitar el pago de la indemnización por los perjuicios que tal acción genere.

Toda diferencia que surja entre las partes, por la interpretación de términos, condiciones y ejecución de la presente orden de servicio, deberá ser solucionada a través de una conciliación ante el Centro de conciliación de la cámara de Comercio de Santa Marta.

Atentamente,

WILMER PALMA SANTODOMINGO
Director Administrativo (E)

MARTHA ACOSTA PACHECO
Supervisor Responsable

Acepto:

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC 57.434.204 STA MTA

JSS-015-3701
Elaboró: Rosa B

VIGILADO SuperSubsidio

Cajamag
NIT. 891.780.093-3

Santa Marta, 9 de marzo de 2021.

ORDEN DE SERVICIO No. D-2021-0135

Señor(a):
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC. No. 57.434.204 de Santa Marta
Carrera 20 No. 32 - 21 Barrio 1º de Mayo
Cel. 435 7193 – 316 692 1800
Ciudad

Por medio de la presente autorizo a usted la prestación de sus servicios profesionales de Enfermería Superior como apoyo en los procesos de vacunación, en las instalaciones del Edificio Administrativo en el Distrito de Santa Marta.

La presente Orden de Servicio tiene una duración desde el 10 de marzo de 2021, hasta el 9 de septiembre de 2021, fecha en la cual cesará en sus efectos, una vez prestado el servicio las partes quedan desvinculadas de sus obligaciones. Por la prestación del servicio recibirá la suma mensual de Un Millón Trescientos Mil Pesos Moneda Legal ($1.300.000.oo), para un valor total a cancelar de Siete Millones Ochocientos Mil Pesos Moneda Legal ($7.800.000.oo), según reserva presupuestal No.18303.

El contratista se obliga a cumplir con el servicio contratado teniendo en cuenta el código de ética, trasparencia, anticorrupción y el código de buen gobierno de CAJAMAG, el incumplimiento de estas obligaciones o la indebida prestación del servicio faculta a CAJAMAG para dar por terminada, unilateralmente y sin previo aviso, la presente orden

La Caja de Compensación Familiar del Magdalena, no se responsabiliza por los servicios se presten, sin previa expedición de la respectiva orden de servicio. Sírvase enviar, mensualmente, cuenta de cobro para su cancelación dentro de los diez días siguientes a la prestación del servicio, con el Vo.Bo. del Supervisor Responsable de esta Corporación quien supervisará y certificará la prestación del Servicio.

El contratista tiene la obligación de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, así como afiliar a los trabajadores o empleados que contrate en desarrollo del servicio contratado al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando exista la obligación legal. El contratista al aceptar, ejecutar el servicio solicitado mediante la presente Orden de Servicio, afirma bajo la gravedad del juramento que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en la Ley 21 de 1982, Decreto 2463 de 1981, artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que conforman el Sistema del Subsidio Familiar en Colombia.

Asimismo, el contratista como proveedor de servicios acepta los términos establecidos en el Código del Buen Gobierno de Cajamag, en el que la contratación de sus servicios se hace basada en los principios generales de calidad, transparencia, precio y cumplimiento. El Contratista se obliga y compromete a no comunicar a terceros ni usar en su propio provecho, las informaciones de naturaleza reservada que tenga o llegue a conocer en razón de su vinculación contractual con la Caja y cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios a la entidad, reservándose la corporación el derecho a solicitar el pago de la indemnización por los perjuicios que tal acción genere.

Toda diferencia que surja entre las partes, por la interpretación de términos, condiciones y ejecución de la presente orden de servicio, deberá ser solucionada a través de una conciliación ante el Centro de conciliación de la cámara de Comercio de Santa Marta.

Atentamente,

WILMER PALMA SANTODOMINGO
Director Administrativo (e)

MARTHA ACOSTA PACHECO
Supervisor Responsable

Acepto:

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
57434204 sta mta

USS-003-3701
Elaboró: Lina M.

Cajamag
NIT. 891.780.093-3

.Santa Marta, 10 de septiembre de 2021.

ORDEN DE SERVICIO No.D-2021-0329

Señor (a):
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
CC.No.57.434.204 de Santa Marta
Carrera 20 No.32-21 Barrio Primero de Mayo
Telefono. 435 7193 – 316 692 1800
Ciudad

Por medio de la presente autorizo a usted la prestación de sus servicios profesionales de Enfermería Superior como apoyo en los procesos en el área de Enfermería, en las instalaciones del Edificio Administrativo en el Distrito de Santa Marta.

La presente Orden de Servicio tiene una duración desde el 13 de septiembre de 2021, hasta el 30 de diciembre de 2021, fecha en la cual cesará en sus efectos, una vez prestado el servicio las partes quedan desvinculadas de sus obligaciones. Por la prestación del servicio recibirá la suma mensual de Un Millón Trescientos Mil Pesos Moneda Legal ($1.300.000.oo), para un valor total a cancelar de Cuatro Millones Seiscientos Ochenta Mil Pesos Moneda Legal ($4.680.000.oo), según reserva presupuestal No.19951.

El contratista se obliga a cumplir con el servicio contratado teniendo en cuenta el código de ética, trasparencia, anticorrupción y el código de buen gobierno de CAJAMAG, el incumplimiento de estas obligaciones o la indebida prestación del servicio faculta a CAJAMAG para dar por terminada, unilateralmente y sin previo aviso, la presente orden

La Caja de Compensación Familiar del Magdalena, no se responsabiliza por los servicios se presten, sin previa expedición de la respectiva orden de servicio.

Sírvase enviar, mensualmente, cuenta de cobro para su cancelación dentro de los diez días siguientes a la prestación del servicio, con el Vo.Bo. del Supervisor Responsable de esta Corporación quien supervisará y certificará la prestación del Servicio. El contratista tiene la obligación de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, así como afiliar a los trabajadores o empleados que contrate en desarrollo del servicio contratado al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando exista la obligación legal.

El contratista al aceptar, ejecutar el servicio solicitado mediante la presente Orden de Servicio, afirma bajo la gravedad del juramento que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en la Ley 21 de 1982, Decreto 2463 de 1981, artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que conforman el Sistema del Subsidio Familiar en Colombia.

Asimismo, el contratista como proveedor de servicios acepta los términos establecidos en el Código del Buen Gobierno de Cajamag, en el que la contratación de sus servicios se hace basada en los principios generales de calidad, transparencia, precio y cumplimiento. El contratista se obliga y compromete a no comunicar a terceros, ni usar en su propio provecho, las informaciones de naturaleza reservada que tenga o llegue a conocer en razón de su vinculación contractual con la Caja y cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios a la entidad, reversándose la Corporación el derecho a solicitar el pago de la indemnización por los perjuicios que tal acción genere. EL CONTRATISTA manifiesta que conoce, acepta y autoriza de forma libre y espontánea, conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la reglamentan, para que durante el término de vigencia de la presente orden de servicio y con posterioridad, EL CONTRATANTE pueda compilar, almacenar, consultar, usar, compartir, intercambiar, transmitir y transferir los datos de EL CONTRATISTA para el cumplimiento del giro ordinario de sus actividades y las relacionas con la ejecución de la orden de servicio.

Toda diferencia que surja entre las partes, por la interpretación de términos, condiciones y ejecución de la presente orden de servicio, deberá ser solucionada a través de una conciliación ante el Centro de conciliación de la cámara de Comercio de Santa Marta.

Atentamente,

MARTHA GARCIA VALENCIA
Directora Administrativa

MARTHA ACOSTA PACHECO
Supervisor Responsable

Acepto:

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
57434204

USS-010-3701
Elaboró Lina M.

Cajamag

NIT. 891.780.093-3

Santa Marta, 26 de agosto de 2020.

ORDEN DE SERVICIO No. D-2020-0316

Señor(a):
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC. No. 57.434.204 de Santa Marta
Carrera 20 No. 32 - 21 Barrio 1° de Mayo
Cel. 435 7193 – 316 692 1800
Ciudad

Por medio de la presente autorizo a usted la prestación de sus servicios profesionales de Enfermería Superior como apoyo en los procesos de vacunación, en las instalaciones del Edificio Administrativo en el Distrito de Santa Marta.

La presente Orden de Servicio tiene una duración desde el 1 de septiembre de 2020, hasta el 30 de diciembre de 2020, fecha en la cual cesará en sus efectos, una vez prestado el servicio las partes quedan desvinculadas de sus obligaciones. Por la prestación del servicio recibirá la suma mensual de Un Millón Cuatrocientos Doce Mil Setecientos Setenta y Cinco Pesos Moneda Legal ($1.412.775.oo), proporcional por fracción de mes, para un valor total a cancelar de Cinco Millones Seiscientos Cincuenta y Un Mil Cien Pesos Moneda Legal ($5.651.100.oo), según reserva presupuestal No.17674.

El contratista se obliga a cumplir con el servicio contratado teniendo en cuenta el código de ética, trasparencia y anticorrupción GER 1-01-DE-6, el código de buen gobierno, el incumplimiento de estas obligaciones o la indebida prestación del servicio faculta a CAJAMAG para dar por terminada, unilateralmente y sin previo aviso, la presente orden

La Caja de Compensación Familiar del Magdalena, no se responsabiliza por los servicios se presten, sin previa expedición de la respectiva orden de servicio. Sírvase enviar, mensualmente, cuenta de cobro para su cancelación dentro de los diez días siguientes a la prestación del servicio, con el Vo.Bo. del Supervisor Responsable de esta Corporación quien supervisará y certificará la prestación del Servicio.

El contratista tiene la obligación de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, así como afiliar a los trabajadores o empleados que contrate en desarrollo del servicio contratado al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando exista la obligación legal.

El contratista al aceptar, ejecutar el servicio solicitado mediante la presente Orden de Servicio, afirma bajo la gravedad del juramento que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en la Ley 21 de 1982, Decreto 2463 de 1981, artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que conforman el Sistema del Subsidio Familiar en Colombia.

Asimismo, el contratista como proveedor de servicios acepta los términos establecidos en el Código del Buen Gobierno de Cajamag, en el que la contratación de sus servicios se hace basada en los principios generales de calidad, transparencia, precio y cumplimiento.

El Contratista se obliga y compromete a no comunicar a terceros ni usar en su propio provecho, las informaciones de naturaleza reservada que tenga o llegue a conocer en razón de su vinculación contractual con la Caja y cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios a la entidad, reservándose la corporación el derecho a solicitar el pago de la indemnización por los perjuicios que tal acción genere.

Toda diferencia que surja entre las partes, por la interpretación de términos, condiciones y ejecución de la presente orden de servicio, deberá ser solucionada a través de una conciliación ante el Centro de conciliación de la cámara de Comercio de Santa Marta.

Atentamente,

MARTHA GARCIA VALENCIA
Directora Administrativa

MARTHA ACOSTA PACHECO
Supervisor Responsable

Acepto:

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC 57.434.204 SMTA

USS-002-1701

VIGILADO SuperSubsidio

Caja de Compensación Familiar del Magdalena
"Somos parte de tu familia"
NIT. 891.780.093-3

Santa Marta, 15 de febrero de 2019.

ORDEN DE SERVICIO No. D-2019-0152

Señor(a):
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
CC.No.57.434.204 de Santa Marta
Carrera 20 No.32-21 Barrio 1° de Mayo
Cel. 435 7193 – 316 692 1800
Ciudad

Por medio de la presente autorizo a usted la prestación de sus servicios profesionales de Enfermería Superior como apoyo en los procesos de vacunación dentro del componente de salud infantil, en las instalaciones del Edificio Administrativo en el Distrito de Santa Marta.

La presente Orden de Servicio tiene una duración desde el 22 de febrero de 2019, hasta el 21 de mayo de 2019, fecha en la cual cesará en sus efectos, una vez prestado el servicio las partes quedan desvinculadas de sus obligaciones. Por la prestación del servicio recibirá la suma mensual de Un Millón Trescientos Cuarenta y Cinco Mil Quinientos Pesos Moneda Legal ($1.345.500.oo), para un valor total a cancelar de Cuatro Millones Treinta y Seis mil Quinientos Pesos M/L ($4.036.500.oo), según reserva presupuestal No.13578.

El contratista se obliga a cumplir con el servicio contratado teniendo en cuenta el código de ética GER-101-DE-6, las directrices de los programas desarrollados por CAJAMAG, el incumplimiento de estas obligaciones o la indebida prestación del servicio faculta a CAJAMAG para dar por terminada, unilateralmente y sin previo aviso, la presente orden

La Caja de Compensación Familiar del Magdalena, no se responsabiliza por los servicios se presten, sin previa expedición de la respectiva orden de servicio. Sírvase enviar, mensualmente, cuenta de cobro para su cancelación dentro de los diez días siguientes a la prestación del servicio, con el Vo.Bo. del Supervisor Responsable de esta Corporación quien supervisará y certificará la prestación del Servicio.

El contratista tiene la obligación de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, así como afiliar a los trabajadores o empleados que contrate en desarrollo del servicio contratado al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando exista la obligación legal.

El contratista al aceptar, ejecutar el servicio solicitado mediante la presente Orden de Servicio, afirma bajo la gravedad del juramento que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en la Ley 21 de 1982, Decreto 2463 de 1981, artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que conforman el Sistema del Subsidio Familiar en Colombia.

Asimismo, el contratista como proveedor de servicios acepta los términos establecidos en el Código del Buen Gobierno de Cajamag, en el que la contratación de sus servicios se hace basada en los principios generales de calidad, transparencia, precio y cumplimiento.

El Contratista se obliga y compromete a no comunicar a terceros ni usar en su propio provecho, las informaciones de naturaleza reservada que tenga o llegue a conocer en razón de su vinculación contractual con la Caja y cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios a la entidad, reservándose la corporación el derecho a solicitar el pago de la indemnización por los perjuicios que tal acción genere.

Toda diferencia que surja entre las partes, por la interpretación de términos, condiciones y ejecución de la presente orden de servicio, deberá ser solucionada a través de una conciliación ante el Centro de conciliación de la cámara de Comercio de Santa Marta.

Atentamente,

MARTHA GARCIA VALENCIA
Directora Administrativa

MARIA LAFAURIE PACHECO
Supervisor Responsable (E)

Acepto:

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
CC 57434204 sta

JSS-002-1701
Elaboró Lina M.

Caja de Compensación Familiar del Magdalena
"Somos parte de tu familia"

NIT. 891.780.093-3

Santa Marta, 30 de mayo de 2019.

ORDEN DE SERVICIO No. D-2019-0455

Señor(a):
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC. No. 57.434.204 de Santa Marta
Carrera 20 No. 32 - 21 Barrio 1ª de Mayo
Cel. 435 7193 – 316 692 1800
Ciudad

Por medio de la presente autorizo a usted la prestación de sus servicios profesionales de Enfermería Superior como apoyo en los procesos de vacunación, en las instalaciones del Edificio Administrativo en el Distrito de Santa Marta.

La presente Orden de Servicio tiene una duración desde el 1 de junio de 2019, hasta el 30 de agosto de 2019, fecha en la cual cesará en sus efectos, una vez prestado el servicio las partes quedan desvinculadas de sus obligaciones. Por la prestación del servicio recibirá la suma mensual de Un Millón Trescientos Cuarenta y Cinco Mil Quinientos Pesos Moneda Legal ($1.345.500.oo), para un valor total a cancelar de Cuatro Millones Treinta y Seis Mil Quinientos Pesos M/L ($4.036.500.oo), según reserva presupuestal No.14392.

El contratista se obliga a cumplir con el servicio contratado teniendo en cuenta el código de ética GER-1-01-DE-6, las directrices de los programas desarrollados por CAJAMAG, el incumplimiento de estas obligaciones o la indebida prestación del servicio faculta a CAJAMAG para dar por terminada unilateralmente y sin previo aviso la presente orden.

La Caja de Compensación Familiar del Magdalena no se responsabiliza por los servicios que presten sin previa expedición de la respectiva orden de servicio. Sírvase enviar, mensualmente, cuenta de cobro para su cancelación dentro de los diez días siguientes a la prestación del servicio, con el Vo.Bo. del Supervisor Responsable de esta Corporación quien mensualmente certificará la prestación del Servicio.

El contratista tiene la obligación de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, así como afiliar a los trabajadores o empleados que contrate en desarrollo del servicio contratado al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando exista la obligación legal.

El contratista al aceptar, ejecutar el servicio solicitado mediante la presente Orden de Servicio afirma bajo la gravedad del juramento que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en la Ley 21 de 1982, Decreto 2463 de 1981, artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que conforman el Sistema del Subsidio Familiar en Colombia.

Asimismo, el contratista como proveedor de servicios acepta los términos establecidos en el Código del Buen Gobierno de Cajamag, en el que la contratación de sus servicios se hace basada en los principios generales de calidad, transparencia, precio y cumplimiento.

El Contratista se obliga y compromete a no comunicar a terceros ni usar en su propio provecho, las informaciones de naturaleza reservada que tenga o llegue a conocer en razón de su vinculación contractual con la Caja y cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios a la entidad, reservándose la corporación el derecho a solicitar el pago de la indemnización por los perjuicios que tal acción genere.

Toda diferencia que surja entre las partes, por la interpretación de términos, condiciones y ejecución de la presente orden de servicio, deberá ser solucionada a través de una conciliación ante el Centro de conciliación de la cámara de Comercio de Santa Marta.

Atentamente,

MARTHA GARCÍA VALENCIA
Directora Administrativa

MARTHA ACOSTA PACHECO
Supervisor Responsable

Acepto:

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ

JSS-006-3701
Elaboró: Aycen I.

Caja de Compensación Familiar del Magdalena
"Somos parte de tu familia"

NIT. 891.780.093-3

Santa María, 10 de septiembre de 201

ORDEN DE SERVICIO No. D-2019-0366

Señor(a):
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC. No. 57.434.204 de Santa Marta
Carrera 20 No. 32 - 21 Barrio 1º de Mayo
Cel. 435 7193 – 316 692 18 00
Ciudad

Por medio de la presente autorizo a usted la prestación de sus servicios profesionales de Enfermería Superior como apoyo e procesos de vacunación, en las instalaciones del Edificio Administrativo en el Distrito de Santa Marta.

La presente Orden de Servicio tiene una duración desde el 11 de septiembre de 2019, hasta el 30 de diciembre de 2019, fecha cual cesará en sus efectos, una vez prestado el servicio las partes quedan desvinculadas de sus obligaciones. Por la prestación servicio recibirá la suma mensual de Un Millón Trescientos Cuarenta y Cinco Mil Quinientos Pesos Moneda Legal ($1.345.500 proporcional por fracción de mes, para un valor total a cancelar de Cuatro Millones Novecientos Treinta y Tres Mil Quinientos M/L ($4.933.500.oo), según reserva presupuestal No. 15630.

El contratista se obliga a cumplir con el servicio contratado teniendo en cuenta el código de ética, transparencia y anticorrup GER-1-01-DE-6, las directrices de los programas desarrollados por CAJAMAG, el incumplimiento de estas obligaciones indebida prestación del servicio faculta a CAJAMAG para dar por terminada unilateralmente y sin previo aviso, la presente orden

La Caja de Compensación Familiar del Magdalena, no se responsabiliza por los servicios se presten sin previa expedición respectiva orden de servicio. Sírvase enviar, mensualmente, cuenta de cobro para su cancelación dentro de los diez días siguiente prestación del servicio, con el Vo.Bo del Supervisor Responsable de esta Corporación quien supervisará y certificará la presta Servicio.

El contratista tiene la obligación de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, así como afiliar a los trabajadores o emple que contrate en desarrollo del servicio contratado al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando exista la obli legal.

El contratista al aceptar, ejecutar el servicio solicitado mediante la presente Orden de Servicio, afirma bajo la gravedad del jura que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en la Le 1982, Decreto 2463 de 1981, artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas q e conforman el Sistema del Subsidio Famil Colombia.

Asimismo, el contratista como proveedor de servicios acepta los términos establecidos en el Código del Buen Gobierno de Caja en el que la contratación de sus servicios se hace basada en los principios generales de calidad, transparencia, precio y cumplimie

El Contratista se obliga y compromete a no comunicar a terceros ni usar en su propio provecho, las informaciones de natur reservada que tenga o llegue a conocer en razón de su vinculación contractual con la Caja y cuya divulgación pueda ocas perjuicios a la entidad, reservándose la corporación el derecho a solicitar el pago de la indemnización por los perjuicios que tal ac genere.

Toda diferencia que surja entre las partes, por la interpretación de términos, condiciones y ejecución de la presente orden de ser deberá ser solucionada a través de una conciliación ante el Centro de conciliación de la cámara de Comercio de Santa Marta.

Atentamente,

MARTHA GARCÍA VALENCIA
Directora Administrativa

MARTHA ACOSTA PACHECO
Supervisor Responsable

Acepto:

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
C.C. 57.434.204

158-014-370
Elaboró Ayeen

esimed

NIT 800.215.908-8

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT. 800.215.908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina KACTUS, el (la) Sr(a) **ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALES** identificado(a) con documento de identidad N° **57.434.204**, tiene registrado el siguiente historial de contratos laborales.

Con la empresa **CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP (EN LIQUIDACIÓN) NIT 830.106.376-1** desde el **20 de octubre de 2006,** hasta **el 30 de noviembre de 2015** con el cargo de **ENFERMERO JEFE** y contrato de trabajo **TERMINO INDEFINIDO**, con ultima asignación salarial mensual de **DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS ($2.000.189) M/Cte.**

De acuerdo con cesión de contrato de trabajo suscrita entre la CORPORACION IPS SALUDCOOP y con la empresa **ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS ESIMED S.A NIT 800.215.908-8** desde el día **01 de diciembre de 2015** desempeñando el cargo de **ENFERMERO JEFE,** con contrato de trabajo **TERMINO INDEFINIDO,** con ultima asignación salarial mensual **DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS ($2.000.189) M/Cte.**

Como constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los **30 de enero de 2020**.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra línea celular 3223714566.

Cordialmente,

GABRIEL ENRIQUE PATIÑO QUIÑONES
Apoderado General

Elaboro: Marlen Lemus B - Auxiliar de vinculación

SURGIFast
SOLUCIONES EN AMBIENTE QUIRURGICO
NIT 819.006.339-1
Central Quirúrgica

SURGI-FAST S.A.,

NIT. 819.006.339-1

CERTIFICA

Que la Señora ROSMERY NARVAEZ GONZALEZ, identificada con C.C. Nº 57.434.204 prestó sus servicios profesionales como Enfermera Jefe, desde el 15 de Abril de 2010 hasta el 30 de Marzo de 2012, con unos honorarios de $1.063.000, con un contrato por prestación de servicios.

En constancia de lo antes mencionado extendemos la presente a petición del interesado a los 11 días del mes de Junio del 2013.

SURGI FAST S.A.
NIT 819.006.339-1
MARIA PATRICIA COLEY NIETO

Representante Legal

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Rosmery Elena

Apellidos: Vanegas Gonzalez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 57434.207

Fecha de Nacimiento: Día. 10 Mes. 05 Año 1973

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

Conservelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	15-11-18	012800/3002	Ofivia
Fiebre amarilla	Única	26-05-19	P3L46	[illegible]
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	2-05-19	2215/5078	[illegible]
	2	4-06-19	2215/5078	[illegible]
	3	25-09-19	2215/5078	[illegible]
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	30-04-18	034150057	[illegible]
	2	2-05-18	034150057	[illegible]
	3	2-11-18	034/800057	[illegible]

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	4-09-18	U502180059	[illegible]
Influenza		25-09-19	T3A932V	[illegible]
Otras				

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	INGRESO	Fecha de publicación	2024-01-05 15:37

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROSMERY	ELENA	NARVAEZ	GONZALEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57434204

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	$52.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$52.600.000,00

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

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:

Salud Total EPS

Bogotá, enero 3 de 2024

Señora:
NARVAEZ GONZALEZ ROSMERY ELENA
CC. 57434204
CR 20 N32 21 BRR 01 DE MAYO - 4392
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 20 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
NARVAEZ GONZALEZ ROSMERY ELENA	57434204	C	Abr-20-2021	38	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	57434204	Dependiente	CERRADO
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ	57434204	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ	57434204	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57434204,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2012** 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 03 de enero de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

HJMB 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 ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ																Sexo	
																M	F

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.		C.E		T.I		R.C		PP	57434204	Santa Marta	11/09/1990

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	2			x		x

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
10	5	1972	Santa Marta	Kra 20 # 32-21 1° de mayo	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
rosmerynarvaez2010@gmail.com	3166921800	4392709

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

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 0	Otros Egresos Mensuales
Total Activos 0	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?

NO soy Servidor Pública

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO soy Perrona Politica Expuesta

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

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

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

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ROSMERY NARVAEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 57.434.204 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 439071804, abierta/o desde el 19/4/1998.

Se expide en Bogotá el día 02 del mes de enero del año 2024 con destino a: ROSMERY NARVAEZ GONZALEZ

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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 57434204 **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 23/01/2024 03:30 PM

Código Verificación: **B5RX16F9CG**

Válida hasta: **22/04/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC