En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, INGRID JOHANA PALMERA CASTELBLANCO, Identificado con Cédula No. 39048291 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	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**		
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**		
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**		
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**		
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual**).		
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**.		
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**		
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.048.291
PALMERA CASTELBLANCO
APELLIDOS
INGRI JOHANA
NOMBRES

FIRMA



NOTARIA PRIMERA DEL
CIRCULO DE SANTA MARTA
ESTA COPIA CONCUERDA CON EL CEDULA
DE CIUDADANIA QUE TUVE A LA VISTA
11 ENE. 2019



FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1979
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

09-ENE-1998 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00707460-F-00[illegible]048291-20150523 0044253804A 1 44156131

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **39048291**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	39048291	PALMERA	CASTELBLANCO	INGRI	JOHANA	2023-02-08, 4:31 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) INGRID JOHANA PALMERA CASTELBLANCO identificado con C.C./C.E./P.P No. 39048291 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

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

Firma _____
Nombre INGRID JOHANA PALMERA CASTELBLANCO
Cédula 39048291

COPIA CONTROLADA

Santa Marta enero de 2024

Doctor

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E Hospital Universitrio Julio Mendez Barreneche

Coridial saludo,

A solicitud de su respetada institucion, Yo INGRI JAHANA PALMERA CATELBLANCO identificada con la C.C 39.048.291 de Santa Marta, por medio de la presente muy respetuosamente me permito presentarle mi propuesta para prestar mis servivios como ENFERMERA SUPERVISORA para laborar en la E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barrenenche.

Agradeciendo su atencion a la presente.

Atentamente,

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO

C.C 39.048.291 Santa Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14885829715

(415)7707212489984(8020) **000001488582971 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 0 4 8 2 9 1	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	3 9 0 4 8 2 9 1	1 9 9 8 0 1 0 9

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
PALMERA	CASTELBLANCO	INGRI	JOHANA

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
MZ K CA 18 URB CIUDAD DEL SOL ET I

42. Correo electrónico estefania.400@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1 3 0 1 4 6 5 8 5 6 6

45. Teléfono 2

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 7 0 6 2 3	8 6 9 9	2 0 1 7 0 6 2 3				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 2022 - 12 - 31 / 12 : 48: 20

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 PALMERA CASTELBLANCO INGRI JOHANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PALMERA	CASTELBLANCO	INGRID JOHANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39048291 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 07 AÑO 1979

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MZ K CASA 18 CIUDAD DEL SOL ETAPA 1

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL estefania.400@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	07	2017	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	MANEJO Y ATENCIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS	12	2022
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION INTEGRAL PARA LA GESTION DEL DUELO	12	2022
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCIÓN A PERSONAS VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	12	2022

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*
	ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS				
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTESDE LA INFANCIA (IAEPI) CLINICO Y COMUNITARIO	05	2022
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL (IAMI)	05	2022

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	SALUD	CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4365007	*Día*	06	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	SALUD	CARRERA 14 23 42

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4237010	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* AV LIBERTADOR # 25-67					

4 **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

5 **TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	10

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, 2 de diciembre de 2023

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

Ingri Johana Palmera Castelblanco
Celular: 3014658566
estefania.400@hotmail.com

La República de Colombia
y en su nombre

El Liceo Colombia de Santa Marta

Autorizado por la Gobernación del Departamento de Magdalena según Resolución No. 890 del 21 de agosto de 1991

Confiere a

Ingri Johana Palmera Castelblanco

Identificado(a) con T.I. No. 42191 Expedida en Santa Marta (Magd.)

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 1 Folio No. 011 Diploma No. 087

Dado en Santa Marta, a 6 de diciembre de 1996

Powered by CamScanner

Ingri Johana Palmera Castelblanco
Celular: 3014658566
estefania.400@hotmail.com

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. _____
Inscripción DANE 34700101179
Jornada DIURNA

la ciudad de SANTA MARTA a los 6 días del mes de DICIEMBRE del año 1996

reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario

la rectoría del LICEO COLOMBIA DE SANTA MARTA

_____ institución aprobada hasta

1998 en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por LA GOBERNACION DEL

MAGDALENA para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA

jun Resolución Nº 890 del 21 de Agosto de 1991

_____

nprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los

udios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

raduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

PALMERA CASTELBLANCO INGRID JOHANA

T.I. # 12191 de SANTA MARTA (MAGDALENA)

liel copia tomada del Acta original general No. 020 de fecha 6 DE DICIEMBRE DE 1996 que

sta de 129 alumnos que comienza con el nombre de ACONCHA CAVIEDES JAZMINA MARTA

cierra con el nombre de ZULETA SABIE MARTHA CAROLINA

lado y sellado por LUCIA CAAMAÑO DE CORREA (Rector)

BERTHA GOMEZ DE LOPEZ (Secretario)

da en SANTA MARTA a los 6 días del mes de DICIEMBRE de 1996

Firmado y Sellado

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO

con cédula de ciudadanía No. 39.048.291 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 21 de Julio de 2017

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24191 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1810 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-89-2017

PROGRAMA : ENFERMERÍA

CODIGO SNIES: 4176

FECHA GRADO: 21 DE JULIO DE 2017

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO
con Cédula de Ciudadanía No 39.048.291 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA, mediante acta No 013 en sesión del día 04 de julio de 2017.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Sede, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDON RANGEL

Director(a) de sede: ADRIANA SANTARELLI FRANCO

Decano(a) facultad: DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ

Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el dia 21 DE JULIO DE 2017

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

012225

Powered by CamScanner

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO** identificada con la cédula de ciudadanía número 39.048.291, 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 de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veinticuatro (24) días del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Ingri Johana Palmera Castelblanco
Celular: 3014658566
estefania.400@hotmail.com

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos Ministerio

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO
C.C. 39.048.291

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Santa Marta

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA 2017-07-21
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS 2019-02-11



19820

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Powered by CamScanner

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 *

39048291

Primer Nombre

INGRI

Primer Apellido

PALMERA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1132

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-02→9:50:25 AM -2023-12-02→10:27:00 AM -2023-12-02→11:26:36 AM -2023-12-02→12:11:46 PM -2023-12-02→1:20:25 PM -2023-12-02→1:36:49 PM -2023-12-02→2:53:48 PM -2023-12-02→3:12:47 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificaci
CC	39048291	INGRI	JOHANA	PALMERA	CASTELBLANCO	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) INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO identificado(a) con CC 39048291 registra La siguiente información:

2023-12-02→3:12:47 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2019-02-11	39048291	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2005-02-03	883	SECRETARIA DEPARTAMENTAL

	enfermería	DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Pr Pre
Presto SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|SANTA MARTA	2017-09-01	2018-08-31	Programa de Salud Pública	Enf

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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

CV-202012-AIGD0014

CON EL AUSPICIO DE:

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

Certifica que:

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO
C.C 39.048.291

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 19 de diciembre de 2022, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

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

CV-202012-MASM005

CON EL AUSPICIO DE:

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

Certifica que:

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO

C.C 39.048.291

ASISTIÓ Y APROBÓ

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 19 de diciembre 2022, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **diciembre de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm.gmail.com

CV-202212-AIGD0044

CON EL AUSPICIO DE:

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

Certifica que:

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO
C.C 39.048.291

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 16 de diciembre 2022, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **diciembre de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202205-AIEPI0005

CON EL AUSPICIO DE:

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

Certifica que:

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO
C.C 39.048.291

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI) CLÍNICO Y COMUNITARIO

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 20, 21 y 22 de mayo de 2022, con una intensidad académica de 40 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **mayo de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202205-IAMII012

CON EL AUSPICIO DE:

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

Certifica que:

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO
C.C. 39.048.291

ASISTIÓ Y APROBÓ

FUNDAMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS IAMII (INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL)

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 20, 21 y 22 de mayo de 2022, con una intensidad académica de 40 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **mayo de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202212-MASM027

CON EL AUSPICIO DE:

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

Certifica que:

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO
C.C 39.048.291

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO Y ADMNISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 16 de diciembre de 2022 , con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **diciembre de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm.gmail.com

CV-202212-AVAQ0051

CON EL AUSPICIO DE:

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

Certifica que:

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO
C.C 39.048.291

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 16 de diciembre de 2022 con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **diciembre de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 28/09/2023 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO
Cedula: 39048291 Sexo: F Edad: 44 Años
Labor a Desempeñar: SUPERVISORA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación en video llamada, se procede a realizar examen y verificación de datos. por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la protección para Riesgo Biológico; es importancia del uso Elementos de Protección (EPP) en la atención de pacientes; ante las emergencias sanitarias como CoviD-19, Otros Virus y Bacterias el uso de visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes son importantes. Las medidas de prevención para otros Factores de Riesgos consignadas en el Programa de SG-SST previenen Accidente y Enfermedades laborales.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: ○ HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE ○ PAUSAS ACTIVAS ○ USO DE EPP ○ CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.
La Trabajadora ha declarado bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud. Evaluada por teleconsulta decreto 358 del 2020–telemedicina resolución 2654 de 2019 artículo 2 de la ley 1419 de 2010



SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

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

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

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

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

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

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

Fecha de impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

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

Código interno MinSalud_PS:140030155

Versión 3.0.

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"

CERTIFICA

Que la señora, **INGRI JOHANA PALMERA CASTEBLANCO**, identificada con cedula de Ciudadanía No **39.048.291** expedida en Santa Marta (Magdalena), es contratista de esta ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE prestando sus servicios como **PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA**, en virtud de las siguientes Órdenes de Prestación de Servicios:

1. No. **873** de fecha 06 de Febrero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de Febrero al 30 de junio de 2019 y por un valor de ONCE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISÉIS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS ($11.426.791.00) MCTE.
2. No **1850** de fecha 02 de Julio de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019 y por un valor de NUEVE MILLONES TRESCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS ($9.328.000.00) MCTE.
3. No **2263** de fecha 01 de Noviembre de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019 y por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS ($4.664.000.00) MCTE.
4. No **596** de fecha 02 de Enero de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, y por un valor de NUEVE MILLONES TRESCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS ($9.328.000.00) MCTE.
5. No **1238** de fecha 01 de Mayo de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, y por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS ($4.664.000.00) MCTE.
6. No.**2364** de fecha 01 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre de 2020 y por un valor de NUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($9.300.000.00) MCTE.

Con obligaciones contractuales:

- Garantizar la presencia oportunamente, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias de enfermería.
- Atender a los pacientes en el turno y en área asignada.
- Asistir a las rondas médicas y a los especialistas y médicos generales durante los procedimientos.
- Realizar seguimiento diario y registrar en la historia clínica todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes asignados.
- Responder por todos los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra

Powered by CamScanner

acción imputable a su culpa. Lo que conlleva igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar.

- Participar en las jornadas científicas y actividades académicas de investigación que convoque el subgerente científico o la oficina de docencia de servicio de la E.S.E en desarrollo de los convenios docente – asistencias suscritas o que suscriba la E.S.E
- Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos instrumentos de control, seguimiento, evaluación, facturación de la E.S.E.
- Diligenciar Historias Clínicas de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la resolución N°1995 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen.
- Participar en las juntas médicas y dejar constancia por escrito de conceptos médicos emitidos.
- Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
- La suspensión, cancelación y atrasos en la presentación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la presentación del servicio serán objeto de glosas de la orden que se genere.
- El incumplimiento a un turno no tiene derecho al descanso.
- Prestar los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia necesidad y oportunidad en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas.
- La coordinación del grupo funcional debe elaborar los horarios de turno de las auxiliares y enviar copia de ellos a los diferentes servicios y a la subgerencia científica, lo anterior con periocidad mensual adicionalmente debe realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada, a los dos (02) día del mes de Septiembre de 2020.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
Profesional Especializado

Powered by CamScanner

Gobernación del Magdalena

República de Colombia
Gobernación Departamento del Magdalena

MAGDALENA SOCIAL ES LA VÍA

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
18/1/2019 Folios: 1
Origen: 1012/RPSS/REGISTROS PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD
Destinatario: INGRI PALMERA CASTELBLANCO

E-2019-000574

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

Certifica

Que conforme a lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, el (la) profesional **INGRID JOHANA PALMERA CASTELBLANCO** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 39,048,291 expedida en Santa Marta - Magdalena, cumplió el servicio social obligatorio como ENFERMERA en ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND en la siguiente plaza y fecha.

Código Plaza	Lugar donde realizó el SSO	Modalidad (*)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
47001000071043-1	ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND	Prestación de Servicios	01 de Septiembre de 2017	31 de Agosto de 2018

*según artículo 6 de la Resolución 1058 de 2010.

Santa Marta, Enero 17 de 2019

ANSELMO HOYOS FRANCO
Secretario Seccional de Salud

Proyectó: Piedad De la Hoz Orozco.

0159

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 39048291 **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 02/12/2023 03:45 PM

Código Verificación: **VX34EJ9H2N**

Válida hasta: **01/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-02-08 18:38

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
INGRI	JOHANA	PALMERA	CASTELBLANCO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	39048291

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$45.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$45.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 39048291
NOMBRES Y APELLIDOS	Ingri Jhoana Palmera Castelblanco
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Palmera Castelblanco, Ingri Jhoana, a los 02 días del mes de diciembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.048.291**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 02 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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

INGRI JOHANA PALMERA CASTELBLANCO																Sexo			
																M		F	X
Tipo de Documento										Número			Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		39048291			SANTA MARTA			9/01/1998			
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	Familiar	Rural	Urbano				
X									X	3	X				X				
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento					
2	7	1979	SANTA MARTA			MZ K CASA 18 CIUDAD DEL SOL ETAPA 1					SANTA MARTA			MAGDALENA					
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono					
estefania.400@hotmail.com											3042933913								
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU								
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado											
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU									
ENFERMERA																			

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
---	---	---	---
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	
---	---	---	---	---

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

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

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