ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GTC-12F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Rocio Isabel Gómez Gonzalez, identificado con Cédula No. 36.564.711 y Profesión Auxiliar de enfermería **AUTORIZO** que él **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Rocio Gómez Gonzalez

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		X
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**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
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).**		X
13	Convalidación de Título (**Médicos Generales y Especialistas**) – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	✓	
15	Tarjeta Profesional		X
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**)		X
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).**		X
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		X
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	✓	
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.*		X
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).**		X
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. **(Vigencia no superior a TRES (03) años)**	✓	
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 36.564.711

GOMEZ GONZALEZ
APELLIDOS

ROCIO ISABEL
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-1968

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | B- G.S. RH | F SEXO

26-JUN-1987 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A 2100100-00160744-F-0036564711-20090701 0012954966A 2 4420006802

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36564711**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36564711	GOMEZ	GONZALEZ	ROCIO	ISABEL	2022-07-18, 12:44 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a Rosa Isabel Gómez González identificado con C.C./C.E./P.P No 36564711 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 5 del mes de Diciembre de 2023.

Firma
Nombre Rosa Isabel Gómez González
Cédula 36564711

COPIA CONTROLADA

ECM Prod | SAMI | Mis Factu | Correo: Danith Ca | Inicio - SIGEP II - | SIGEPII :: Inicio | RUGBY | Login | adres - Buscar co | SAMI | Búsqueda | ver

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307

Correo: Danith Caro... | ECM Prod | 08136037 | Salesfor... | ISIIGO | Sistema de Tramite... | NormasSalud Todas... | RUGBY | Home | Imperium || Opciones | Prestadores de Serv... | Recepcion Facturaci... | Coordinadora: Auto...

Colombia Compra Eficiente

aumentar el contraste

UTC -5 14:20:10
ROCÍO GÓMEZ

Buscar | mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

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

Editar

informacion del usuario



Género	Mujer
Título profesional	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	ROCÍO ISABEL
Apellido	GÓMEZ GONZÁLEZ
Fecha de nacimiento	09/12/1968 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre para mostrar	ROCÍO ISABEL GÓMEZ GONZÁLEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número del Documento	36564711
DIRECCIÓN	CARRERA 12 #39 - 15
Código postal	47001
Estrato social	3
Ubicación	santamarta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	ROCHISA2011@HOTMAIL.COM
Número de teléfono	4346262
Número de teléfono móvil	3014898739
Nivel educacional	Uno o más años de técnica o tecnológica

Ajustes

Usar el valor predeterminado de mi empresa	☑
Zona horaria	
Idioma predeterminado	
Cultura predeterminada	Español (Colombia)

Informacion de seguridad

Buscar

ESP 2:20 p. m. 08/06/2023

Santa Marta 04 de diciembre 2023

Doctor:
Germán Gaviria Vargas
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo

A solicitud de esta respetuosa institución, yo Rocío Isabel Gómez González identificada con cedula de ciudadanía N.º 36,564,711 de santa marta (Magdalena), le solicito a usted me permita ingresar como auxiliar de enfermería dentro del área de hospitalización.

Espero reunir las condiciones necesarias para ocupar tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente.

ROCIO ISABEL GÓMEZ GONZÁLEZ
CC:36,564,711 santa marta (magdalena)
Dirección: carrera 12 # 39 -- 15 barrio María Eugenia
Tel: 3014898739
Email: rochisa2011@hotmail.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945589010

(415)7707212489984(8020) 000001494558901 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 6 4 7 1 1	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 6 5 6 4 7 1 1	1 9 8 7 0 6 2 6

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
GOMEZ	GONZALEZ	ROCIO	ISABEL

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 12 39 15 BRR MARIA EUGENIA

42. Correo electrónico: rochisa2011@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 4 8 9 8 7 3 9	3 0 2 2 1 7 9 4 7 5

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 1 1 0 1 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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 2023 - 09 - 08 / 16 : 35: 29

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 GOMEZ GONZALEZ ROCIO ISABEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 08-09-2023 04:36:06PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gomez	Gonzalez	Rocio Isabel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 36564711	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES 09 AÑO 1968

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 12 39 15 casa mariaeugenia sur

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3014898739 EMAIL rochisa2011@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1989

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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			07	2007	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	12	2022
VIRTUAL	SOPORTE VITAL BASICO RCCP (BLS)	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LAS ESPERANZA	11	2022
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y ESTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	MANEJO Y ATENCION SEGURA DE MEDICAMENTOS	01	2021
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION INTEGRAL PARA LA GESTION DEL DUELO	01	2021

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 LTDA				
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION A PERSONAS VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS	01	2021

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	
	X		SIN DATO	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SIN DATO	SIN DATO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año			
4365007	04	04	2016				31	10	2019			

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	cra N o 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año			
4352191	02	02	2016				31	03	2016			

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	ENFERMERIA	CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año			
4352191	05	01	2016				31	01	2016			

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	ENFERMERIA	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 SERVIEFECTIVOS C.T.A.			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	05	*Año*	2010	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SORY C. E. U.			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	04	*Año*	2007	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

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

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	2

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 15 de diciembre

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS EDUCATIVOS DISTRITAL D.A.S.E.D

APROBADO POR RESOLUCIÓN 0511 DE 5 DE JULIO 2.006

EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO DE SANTA MARTA EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES QUE OTORGA EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL EN DESARROLLO DEL DECRETO 114 DEL 15 DE ENERO DE 1996 EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO

INSTITUTO DARSEINI

RESOLUCIÓN ICFES 081992 5 DE MARZO DE 1998

Secretaría de Educación distrital

CONFIERE A:

ESTA COPIA COINCIDE CON EL DOCUMENTO ORIGINAL QUE TUVE A LA VISTA
26 JUL. 2007
RAMON LAFAURIE GUERRERO
NOTARIO PRIMERO
SANTA MARTA, MAGDALENA, COLOMBIA.

ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ

Identificado (a) con T.I. ó C.C. Nº 36.564.711 De Santa Marta

EL TITULO DE

AUXILIAR DE ENFERMERIA

RAZON POR LA CUAL SE EXPIDE EL TITULO DE

TECNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA

Con una intensidad de: 1800 horas teóricas y prácticas

Libro de registro Nº. 3 Folio No. 46 Acta No. 20

Directora **Secretaria (o)**

Dado en Santa Marta a los 7 Días del mes de JULIO de 2.007

INSTITUTO DARSEINI

Departamento Administrativo de
Servicios Educativos Distrital D.A.S.E.D
Aprobado según Resolución 0511 de 5 DE JULIO DE 2.006
Santa Marta

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santa Marta D.T.C.H., siendo las 6:00 P.M. del día 7 de Julio de 2.007 se reunieron en sesión especial, en el Auditorio JOSE CELEDON GARCIA, Edumag, su Concejo Directivo presidido por la señora directora LEISBY E. PEREZ CASTELLON con el fin de conferir el Certificado de Técnico(a) en AUXILIAR DE ENFERMERIA en al (los) señor (es) :

N°	NOMBRE
20	**ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ**

Número de C.C.: 36.564.711 de SANTA MARTA

El Notario Primero de Santa Marta DA FE que esta fotocopia coincide con un documento idéntico que tuvo a la vista.
26 JUL 2007
RAMON LAFAURIE GUERRERO
NOTARIO PRIMERO
SANTA MARTA MAGDALENA. COLOMBIA

Presentó como seminario de grado y fue calificada como **MERITORIA** según consta en el acta de calificaciones y sustentación radicada en el libro respectivo bajo el número 3

Institución aprobada hasta **NUEVA VISITA.** Autorizada para otorgar certificaciones de **APTITUD OCUPACIONAL** como técnicos, validantes, laborales, participación ciudadana y comunitaria, Decreto 114 del 15 de enero de 1996.

La presente es fiel copia de su original que reposa en los archivos de la Secretaria General del Instituto Darseini.

Dado en Santa Marta D.T.C.H., a los 7 días del mes de Julio de 2.007

LEISBY E. PEREZ CASTELLON
Directora

VICTOR JIMENEZ BOLAÑO
Secretario

DUPLICADO
Original expedido en el año 1989

República de Colombia
y en su nombre

Institución Educativa Distrital "Liceo Celedón"
Monumento Nacional

Licencia de Funcionamiento según Resolución # 411 del 25 de Febrero de 2011
de la Secretaría de Educación Distrital

Jornada Tarde

Acta de Graduación No. 001 Folio 059 Libro 001

El día 7 de Diciembre 1989 en el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta en el salón principal de actos del colegio, se celebró la proclamación de BACHILLER ACADÉMICO y se otorgó dicho título a:

Rocío Isabel Gómez González

Identificado(a) con documento de identidad No. 36.564.711 Expedida en Santa Marta, D.T.C.H.

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL
LICEO CELEDON
RECTOR
SANTA MARTA

Rector: _____

Secretaria: _____

Lo anterior de conformidad con el artículo 2° del Decreto Nacional 921 del 6 de Mayo de 1994.

GOBERNACION DEL MAGDALENA

SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD

DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47- 5 0 0 1 5 7 8 8

Por la cual se registra un titulo

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No.

02086 de febrero 7 da 1989 y 0440 de febrero 8 de 1 993

CONSDERANDO:

Que, la ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ, identificada con cedula de ciudadanía Nº 36564711 expedida en Santa Marta, ha solicitado el registro de su TITULO de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó LA CORPORACIÓN EDUCATIVA "INSALUD", según Acta Nº 22 de fecha 23 de Diciembre de 2006.

RE5UEl.VE.:

APTICULO UNICO: Autorizar a ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ para « Ejercer la profesión de AUXlLIAR DE ENFERMERIA en todo el territorio nacional.

COMUNIQUE5E Y PUBLIQUESE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fe ha 15 JUN 2007

SECRETAfI O DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

Proyectado por Angélica Restrepo Garceranlh

LIDERZGO SEGURIDAD Y TRANSPARENCIA

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 *

36564711

Primer Nombre

rocio

Primer Apellido

gomez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3648

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-04→4:54:02 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalle
CC	36564711	ROCIO	ISABEL	GOMEZ	GONZALEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ identificado(a) con CC 36564711 registra La siguiente información:

2023-12-04→4:54:02 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-03-13	502	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Rocío Isabel Gomez Gonzalez

CC 36564711 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia / Sentencia C-055-2022
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-12
Fecha de vencimiento: 2025-01-12

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Rocío Isabel Gomez Gonzalez

CC 36564711 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2022-11-29
Fecha de vencimiento: 2024-11-29

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Rocío Isabel Gomez Gonzalez

CC 36564711 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-10
Fecha de vencimiento: 2025-09-10

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Rocío Isabel Gomez Gonzalez

CC 36564711 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto 1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-10
Fecha de vencimiento: 2025-09-10

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

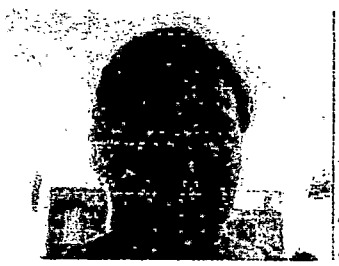
ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Certificado de
Aptitud Laboral
Consulta
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 10/Dic/2021 **Hora:** 08:34:47 a.m.
Apellido: Gomez Gozalez **Nombre:** Rocio Isabel
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36564711
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfemeria
Lugar:
Direccion: Cra 12 No 39-15
Telefono: **Celular:** 3014898739 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: ::: No Aplica :::.
Peso: 83 Kg **Estatura:** 170 Cm **IMC:** 28.7 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Colmena **AFP:** Proteccion

HC: # 62049
Edad: 52 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 12/Sep/1968
Rh: B-

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente

Observaciones

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

Rocio Isabel Gomez Gozalez
CC 36564711

Huell
Digita

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"

CERTIFICA

Que la Señora, **ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ,** identificada con cedula de Ciudadanía No **36.564.711,** es contratista de esta ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE prestando sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA,** en virtud de la siguiente orden de Prestación de Servicios:

1. No. **178** de fecha 04 de Noviembre de 2011 con un plazo de ejecución contrato a partir del 08 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2011 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS ($ 2.457.600.00).
2. No. **142** de fecha 11 de Enero de 2012 con un plazo de ejecución contrato a partir del 13 de Enero al 12 de Julio de 2012 y por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($ 6.900.000.00).
3. No. **936** de fecha 03 de Septiembre de 2012 con un plazo de ejecución contrato a partir del 25 de Septiembre al 31 de Octubre de 2012 y por un valor de CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS ($ 4.140.000.00).
4. No. **030** de fecha 30 de Noviembre de 2012 con un plazo de ejecución contrato a partir del 17 de Diciembre al 31 de Diciembre de 2012 y por un valor de CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS ($4.140.000.00).
5. No. **337** de fecha 01 de Marzo de 2013 con un plazo de ejecución contrato a partir del 04 de Marzo al 30 de Junio de 2013 y por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($ 6.900.000.00).
6. No. **695** de fecha 22 de Julio de 2013 con un plazo de ejecución contrato a partir del 22 de Julio al 21 de Agosto de 2013 y por un valor de UN MILLON CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($ 1.150.000.00).
7. No. **1162** de fecha 16 de Octubre de 2013 con un plazo de ejecución contrato a partir del 16 de Octubre al 31 de Diciembre de 2013 y por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($ 6.900.000.00).
8. No. **482** de fecha 24 de Enero de 2014 con un plazo de ejecución contrato a partir del 03 de Febrero al 30 de Junio de 2014 y por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($ 6.900.000.00).
9. No. **997** de fecha 16 de Julio de 2014 con un plazo de ejecución contrato a partir del 06 de Agosto al 31 de Agosto de 2014 y por un valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($ 2.300.000.00).

VIGILADO Supersalud

10. No. **1244** de fecha 09 de Septiembre de 2014 con un plazo de ejecución contrato a partir del 10 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2014 y por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($ 4.600.000.00).
11. No. **427** de fecha 07 de Enero de 2015 con un plazo de ejecución contrato a partir del 07 de Enero al 31 de Marzo de 2015 y por un valor detrás TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 3.450.000.00).
12. No. **675** de fecha 31 de Marzo de 2015 con un plazo de ejecución contrato a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2015 y por un valor detrás TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($ 3.600.000.00).
13. No. **1743** de fecha 01 de Julio de 2015 con un plazo de ejecución contrato a partir del 01 de Julio al 31 de Octubre de 2015 y por un valor detrás CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($ 4.800.000.00).
14. No. **2401** de fecha 06 de Noviembre de 2015 con un plazo de ejecución contrato a partir del 06 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2015 y por un valor detrás DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($ 2.400.000.00).
15. No **368** de fecha 05 de Enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de Enero al 31 de Enero de 2016 y por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000.00)
16. No **904** de fecha 02 de Febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Febrero al 31 de Marzo de 2016 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000.00)
17. No **1519** de fecha 01 de Abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2016 y por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($ 3.600.000.00).
18. No **2240** de fecha 01 de Julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de Agosto de 2016 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000.00).
19. No **3455** de fecha 01 de Septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Septiembre al 31 de Octubre de 2016 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000.00).
20. No **3834** de fecha 02 de Noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2016 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000.00).
21. No **184** de fecha 03 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Enero al 30 de Junio de 2017 y por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000.00).
22. No **1349** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Julio al 31 de Julio de 2017 y por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000.00).

VIGILADO Supersalud

24. No **1636** de fecha 04 de Agosto de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Agosto al 31 de Agosto de 2017 y por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000.00).
25. No **2174** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Septiembre al 30 de Septiembre de 2017 y por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000.00).
26. No **2869** de fecha 06 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de Octubre al 30 de Noviembre de 2017 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000.00).
27. Adición y prorroga No 01 del 29 de noviembre de 2017 de la orden de prestación de servicios No 2869 del 1 al 31 de diciembre de 2017 por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000.00).
28. No **387** de fecha 04 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Enero al 30 de Junio de 2018 y por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000.00).
29. No **1232** de fecha 03 de Julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Julio al 30 de Septiembre de 2018 y por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000.00).
30. No **2209** de fecha 01 de Octubre de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2018 y por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000.00).
31. No **074** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Junio de 2019 y por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000.00).
32. No **1325** 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 CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000.00)

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada, en Santa Marta – Magdalena a los veintiún (21) días del mes de Octubre de 2019.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
Profesional Especializado

VIGILADO Supersalud

ServiEfectivos
C. T. A.



Nit. 900 - 07[illegible]38-5

COU
DE SE
EFECT

CERTIFICAMOS

Que la señora **ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 36.564.711,estuvo asociada a SERVIEFECTIVOS CTA. desde el 03 de Mayo del 2010 hasta el 30 de Septiembre del 2010, desarrollando el proceso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la Unidad Estratégica de Negocio **HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS**, manifestando siempre profesionalismo, responsabilidad y compromiso.

Se expide el siguiente certificado a petición del interesado(a) a los treinta (30) días del mes de septiembre del 2010.

Atentamente,

DRAHENITH PEREZ
Asistente Administrativo

Vía 40 No. 69 - 139 Segundo Piso
PBX: 3602525 - 3689340 - 3690644 Cel: 3187123493
E-mail: serviefectivos_colombia@yahoo.com
Barranquilla - Colombia

Soryc E.U.

NIT. 900.027.644-5

1

A QUIEN INTERESE

Hacemos constar que el (la) Señor(a) ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 36564711 de Santa Marta prestado sus servicios a esta empresa, mediante los siguientes contratos de trabajo, comprendidos dentro de las siguientes fechas:

Auxiliar de Enfermería, en el HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS.

Fecha de Ingreso	Fecha de Terminación
Abril 17 de 2007	Diciembre 31 de 2007
Enero 17 de 2008	Diciembre 31 de 2008
Enero 13 de 2009	Marzo 31 de 2010

Devengando un sueldo promedio mensual de SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS PESOS ($758.300).

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a) a los quince (15) días del mes de Julio de 2011.

Soryc E.U.
NIT. 900.027.644-5

YS PEREZ SANTOS
Humanos

Calle 76 No. 42 - 78
Tel: 3560275 - 3688791 Cel: 310 7280464 - 310 7284528
E-mail: soryc_eup@yahoo.es
Barranquilla - Colombia

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 36564711 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 04/12/2023 10:01 PM

Código Verificación: **QRTEBWVXY5**

Válida hasta: **04/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Rocio Isabel
Apellidos	Gomez Gonzalez
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No: 36564711
Fecha de Nacimiento:	Día: 27 Mes: 03 Año: 1972

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	23	[illegible]	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	23 [illegible]		
	4	27-09	SU40F030	
	5	19-03/17	2538004,14	
Contra Hepatitis B	1	11/02/2015	037662	
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	11/06/18	P3M90	Unica	
Contra Influenza	28/04/18	82874	1 año	
	01-06-18	100126	7-11-18	
Otras				

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	2023-12-04 16:04

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROCIO	ISABEL	GOMEZ	GONZALEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36564711

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	TÉCNICO ÁREA SALUD

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	$1.800.000,00
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	$1.800.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
OCTAVIO		CURIEL	WISMAN

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 12552741

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:

STAMARTA, Diciembre 5 de 2023

Señora:
GOMEZ GONZALEZ ROCIO ISABEL
CC. 36564711
CR 12 39 15 - 0
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 Agosto 9 de 2007. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
GOMEZ GONZALEZ ROCIO ISABEL	36564711	C	Ago-9-2007	453	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CURIEL WISMAN OCTAVIO	12552741	C	Jul-11-2007	133	0	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Nov-2-2012	Tx a Regimen Subsidiado - Archivos S Fosyga	Ninguna
CURIEL GOMEZ DALLETH LETICIA	1082990460	C	Ago-9-2007	455	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Sep-26-2019	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
CURIEL GOMEZ DANITH CAROLINA	1083023798	C	Ago-9-2007	351	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Nov-9-2016	Desafiliado por novedad	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
INVERSIONES TROUT CONTRERAS	36564711	Dependiente	CERRADO
ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ	36564711	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ	36564711	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ	36564711	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ	36564711	Trabajador Independiente	CERRADO
SERVIEFECTIVOS C T A	36564711	Dependiente	CERRADO
SERVIEFECTIVOS C T A	36564711	Dependiente	CERRADO
SORY C E U	36564711	Dependiente	CERRADO
SORY C E U	36564711	Dependiente	CERRADO

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,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ GONZALEZ ROCIO ISABEL** identificado(a) con **CC** número **36.564.711** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2011 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023120416402

HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 15/06/2023

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ										Sexo			
										M		F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36564711	SANTA MARTA - MAGDALENA	26 DE JUNIO DEL 1987

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		2	X				

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
12	9	1988	SANTA MARTA MAGDALENA	CARRERA 12 #39 - 15 MARIA EUGENIA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
ROCHISA2011@HOTMAIL.COM	3014898739	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	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
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUX DE ENFERMEDRIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23 - 42	SANTA MARTA - MAGDALENA	ALCAZARES	4356007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI	X	NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1,800,000	Total Egresos mensules	1,500,000
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	0	Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X

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 licitas las cuales relaciono a continuación:Aux de enfermeria y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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

Rocio Gomez Gonzalez

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