

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Luzeth Paola Jimenez Fajardo, identificada con Cédula No. 1086228933 y Profesión NOX de Enfermería AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA:

Luzeth Jimenez F

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://sijl.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 Título (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 VÍCTIMAS 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/fdcl/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 1.085.228.933
JIMENEZ FAJARDO

APELLIDOS
LIZETH PAOLA

NOMBRES
LIZETH JIMENEZ, F

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1992
SANTA ANA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 A+ F
ESTATURA O.B. RH SEXO

10-MAR-2011 SANTA ANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS BRUL SANCHEZ TORRES



P 2107600-00302241 F-1085228933-20110520 0027017510A 1 32485934



SIJI

Ingrese numero de identificación

[Pantalla Principal](#)

Verificar Registro

[Persona Natural](#)[Persona Jurídica](#)Has buscado el número de identificación: **1085228933**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1085228933	JIMENEZ	FAJARDO	LIZETH	PAOLA	2022-07-16, 7:16 pm

El (la) suscrito(a) LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.085.228.933 expedida en SANTA ANA,, 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 15 del mes de Marzo de 2024.

Firma *Lizeth Jimenez Fajardo*
Nombre LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO
Cédula 1.085.228.933

Desde PDF - Dividir tu documento

Correo: Soporte tecnico - G

Editar Contrato

Consulte su EPS

secop.gov.co/COIContractsManagement/Sendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.P...

1. Información general

2. Documentos del Proveedor

3. Documentos del contrato

4. Información presupuestal

5. Cuentas del Contrato

6. Modificaciones del Contrato

7. Seguimiento

ID del contrato en SECOPI

CO1.PCOCTR 4706232

Versión del contrato

2

Estado de contrato

En ejecución

Fecha de generación del estado

3/5/2023 11:52:23 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Número del contrato

CO00271280

Objeto del contrato

PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION UGUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Tipo de Contrato

Prestación de servicios

¿Asociado a otro contrato?

☐ Si ☒ No

Duración del contrato

4 Meses

Fecha de inicio de contrato

27 días para terminar (3/5/2023 11:52:23 PM) Bogotá, Lima, Quito

Fecha de terminación del contrato

27 días para terminar (3/5/2023 11:52:23 PM) Bogotá, Lima, Quito

Tiempo adicional en días

32 días

Liquidación

☐ Si ☒ No

Obligaciones Anteriores

☐ Si ☒ No

Obligaciones por consumo

☐ Si ☒ No

Reversión

☐ Si ☒ No

Información de la Entidad Estatal contratante

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CUI, Bogotá, Nueva Mayoría

8 Recomendaciones (0)

Información del Proveedor contratista

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CUI, Bogotá, Nueva Mayoría

Barth, Paola JIMENEZ, Sujeto

ES

01:50 p.m.
03/06/2023

Santa Marta, Marzo 2024

Dr.

GERMAN GAVIRIA VARGAS

Gerente

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

REF: PROPUESTA DE SERVICIOS

A solicitud de su respetada institución, le solicito a usted me permita Ingresar a Prestar mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA, del Hospital teniendo en Cuenta mis iniciativas y habilidades, siendo una persona con la preparación, Conciencia y responsabilidad destinada a cumplir una función humanística y social Cumpliendo a cabalidad las indicaciones y funciones asignadas por mis superiores, con completa adaptabilidad en ambientes de trabajos y en equipos. Sin otro motivo en particular, me despido agradeciendo su atención prestada.

Atentamente,

Lizeth Jimenez Fajardo

LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO

CC. 1.085.228.933 de Santa Ana – Magdalena

Dir: MZ M CA 13 URB PORTAL DE LAS AVENIDAS

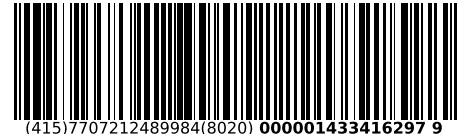
Cel:3108795181

Email: lizeth.081892@hotmail.com

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

14334162979



(415)7707212489984(8020) 000001433416297 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 5 2 2 8 9 3 3

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 8 5 2 2 8 9 3 3

27. Fecha expedición

2 0 1 1, 0 3, 1 0

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Santa Ana

7 0 7

31. Primer apellido

JIMENEZ

32. Segundo apellido

FAJARDO

33. Primer nombre

LIZETH

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

MZ M CA 13 URB PORTAL DE LAS AVENIDAS

42. Correo electrónico

lizeth.081892@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 4 3 4 4 6 1 9 9

45. Teléfono 2

3 0 1 4 5 0 2 4 0 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 5, 0 4, 2 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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

Usuarios 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

X

NO

60. No. de Folios:

1

61. Fecha

2015 - 04 - 21

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BOHORQUEZ FAJARDO JUAN CARLOS

985. Cargo Gestor II



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Jimenez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Fajardo	NOMBRES Lizeth Paola	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1085228933	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 18 MES 09 AÑO 1992 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA ANA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA mazana 43 casa 3 apto 201 el pando PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO EMAIL lizeth.081892@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2011	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA 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	3	X			12	2013	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
			Día	05	Mes	05	Año	2015	Día		Mes		Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 48					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSUTARIO FERNANDO TROCONIS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
		Día	05	Mes	05	Año	2015	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN			

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3108795181			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	02	Mes	01	Año	2023	Día		Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 23 - CRA 14 No 23-42 ALCAZARES			

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	7

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 INCOMPATIBILIDAD 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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

SANTA MARTA 2023

LIZETH JIMENEZ FAJARDO

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Jimenez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Fajardo	NOMBRES Lizeth Paola	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1085228933	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 18 MES 09 AÑO 1992 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA ANA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA mazana 43 casa 3 apto 201 el pando PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO EMAIL lizeth.081892@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2011

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA 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	3	X			12	2013	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA				MUNICIPIO SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
				Día	05	Mes	05	Año	2015	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 23 48					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSUTARIO FERNANDO TROCONIS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	05	Mes	05	Año	2015	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA						DIRECCIÓN					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3108795181			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	01	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CALLE 23 - CRA 14 No 23-42 ALCAZARES					

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 marzo de 2024

Lizeth Jimenez Fajardo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

8

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



República de Colombia
y en su nombre,

La Institución Educativa Técnica Departamental
"Rafael Jiménez Altahona"

Santa Ana – Magdalena

Sembrando sueños,
cosechando realidades



Aprobada mediante la Resolución N° 761 del 12 de Noviembre de 2.010, emanada de la Secretaría de Desarrollo de la Educación Departamental

Confiere a:

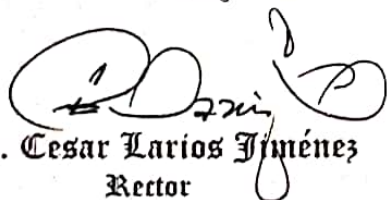
LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO

Identificada con C.C. N° 1,085,228,933 expedida en Santa Ana - Magd.

Bachiller Técnico

Especialidad: Agropecuaria
Énfasis: Producción Pecuaria

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, según programa de estudio,
Ley 115 de 1.994, Decretos 1860 de 1.994 – 1290 de 2.009 y el Proyecto Educativo Institucional


Esp. Cesar Larios Jiménez
Rector


Lic. Albany Alfaro Vides
Secretaria

Anotado en el Libro de Registro N° 002 al Folio N° 047 Acta N° 001

Dado en Santa Ana – Magdalena, a los veintiséis (26) días del mes de Noviembre del año 2.011



Institución Educativa Técnica Departamental

“Rafael Jiménez Altahona”

Aprobada mediante la Resolución N° 761 del 12 de Noviembre de 2010, emanada
de la Secretaría de Desarrollo de la Educación Departamental
Santa Ana - Magdalena

ACTA DE GRADO

En el Municipio de Santa Ana – Magdalena, a los veintiséis (26) días del mes Noviembre del año 2.011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y la Secretaria en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA DEPARTAMENTAL “RAFAEL JIMÉNEZ ALTAHONA”**, aprobada según Resolución N° 761 del 12 de Noviembre de 2010 en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes del nivel de Educación Básica Secundaria y Media Técnica, según programa de estudio, Ley 115 de 1.994, Decretos 1860 de 1.994 – 1290 de 2.009 y el Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgarles el Título de **BACHILLER TÉCNICO, ESPECIALIDAD AGROPECUARIA, ENFASIS PRODUCCION PECUARIA** al graduando cuyo número de orden, apellidos, nombres y documento de identidad se relaciona a continuación:

16 - JIMENEZ FAJARDO LIZETH PAOLA

Identificada con C.C. N° 1,085,228,933 expedida en Santa Ana - Magd.

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 001 de fecha veintiséis (26) de Noviembre del año 2.011, que consta de 34 alumnos graduados, comienza con el nombre de **Acuña Lerma Juan David** y cierra con el nombre de **Yépez Cámara José Luis**.

Firmado por **Esp. Cesar Larios Jiménez** (Rector) y **Lic. Albanys Alfaro Vides** (Secretaria)

Dado en Santa Ana – Magdalena, a los veintiséis (26) días del mes Noviembre del año Dos Mil Once (2.011)

Es. Cesar Larios Jiménez
C.C. N° 85.202.326 de Santa Ana - Magd.
Rector

Lic. Albanys Alfaro Vides
C.C. N° 22.435.002 de Barranquilla-Atl
Secretaria



La Corporación Bolivariana del Norte

Personería Jurídica No. 197 de 1995 - Gobernación del Magdalena

Certifica que

Lizeth Paola Jiménez Fajardo

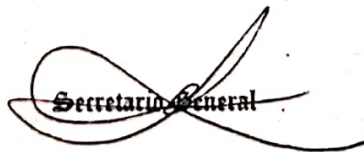
C.C. 1.085.228.933 Santa Ana

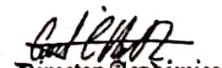
Aprobó sus estudios y cumplió con todos los requisitos legales e institucionales para recibir el presente Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias que lo acredita como Técnico Laboral en

Auxiliar en Enfermería

En testimonio de lo expuesto se expide en Santa Marta, Magdalena, a los 14 días del mes de diciembre de 2013


Rector


Secretario General


Director Académico

Registrado en el Folio No. 3676 del Libro de Actas No. 7 Folio 14/12/2013





ACTA DE GRADO 07-3676-13

**EL SUSCRITO RECTOR DE LA
CORPORACIÓN BOLIVARIANA DEL NORTE**

CERTIFICA

Que: El Consejo Directivo en su sesión del día seis (6) de diciembre del dos mil trece (2013), en cumplimiento de lo establecido en los artículos 42 y 90 de la Ley 115 de 1994, en el Artículo 2 de la Ley 1064 de 2006 y en el Decreto 4904 de 2009, y

CONSIDERANDO

Que: **LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1085228933 expedida en Santa Ana, cumplió con todos los requisitos legales e institucionales para la culminación satisfactoria de sus estudios,

RESUELVE

Otorgarle el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias que lo acredita como Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Intensidad 1700 horas

Excelencia & Desarrollo

En nombre y representación de la Corporación Bolivariana del Norte y previo juramento de rigor en solemne ceremonia de grado, el Rector hizo entrega del Diploma correspondiente, registrado en el Libro de Actas de Grado N° 07, Folio N° 3676.

En testimonio de lo anterior se firma la presente en el Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, a los catorce (14) días del mes de diciembre del año dos mil trece (2013).

CARLOS QUINTERO LOZANO

Rector





GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 47 **0 5 0 2**

"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el
Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,085,228,933, expedida en Santa Ana - Magdalena, ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por **LA CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE - CBN**", según Acta de Grado No. 073676-13 del día 06 de diciembre de 2013

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,085,228,933, expedida en Santa Ana - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizó el Título o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: **2 8 FEB 2014**


 **ZANDRA LUCÍA CASTAÑEDA LÓPEZ**
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado y Revisado por: Piedad De la Hoz

Construyendo Respeto por el Magdalena
Secretariadesalud@magdalena.gov.co
Calle 23 No. 13 A 02
Teléfono: 57 54 319542



 Menú

Iniciar Sesión

Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

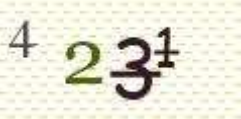
Número de Identificación *

1085228933

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3057

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-03-16→4:18:29 PM -2024-03-16→4:23:28 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1085228933	LIZETH	PAOLA	JIMENEZ	FAJARDO	Vigente	V

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) LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO identificado(a) con CC 1085228933 registra La siguiente información:

2024-03-16→4:23:28 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2014-02-28	470502	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](#)





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

Certifica
Lizeth Paola Jiménez Fajardo

c.c. 1085228933 de Santa Ana - Magdalena

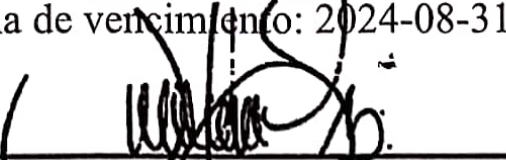
Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución
3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-08-31

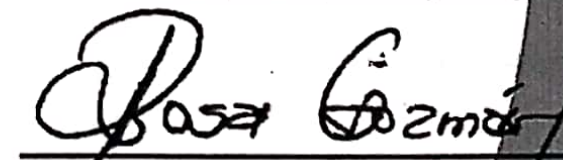
Fecha de vencimiento: 2024-08-31



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica
Lizeth Paola Jiménez Fajardo

c.c. 1085228933 de Santa Ana - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-09-02

Fecha de vencimiento: 2024-09-02



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



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

Certifica
Lizeth Paola Jiménez Fajardo
c.c. 1085228933 de Santa Ana - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2022-08-27
Fecha de vencimiento: 2024-08-27





ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

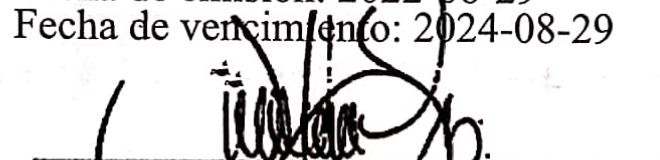
Certifica
Lizeth Paola Jiménez Fajardo
c.c. 1085228933 de Santa Ana - Magdalena

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

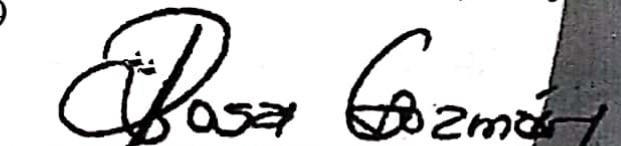
Fecha de emisión: 2022-08-29
Fecha de vencimiento: 2024-08-29



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

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


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



**Certificado de
Aptitud Laboral
Periodico**

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 09/Dic/2020, Hora: 08:57:24 a.m.

Apellido: Jimenez Fajardo

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: Auxiliar De Enfermeria

Lugar:

Direccion: Manzana 43 Casa 3 Ap 201 En Pando

Telefono: Celular: 3124549551 Email: Estado Civil: Casado

Ciudad: :: No Aplica ::

Peso: 72 Kg Estatura: 155 Cm IMC: 29.9 Escolaridad: Tecnico Laboral Jornada Laboral: Sin Definir

EPS: Mutualsaer ARL: Colmena AFP: Porvenir

HC: # 61963

Edad: 28 años

Sexo: Femenino ♀

Nacimiento: 18/Sep/1992

Rh: A+

Exámenes Realizados

Examen Con Enfoque Osteomuscular

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

Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud
Ocupacional
C.C. 1725
Registro # 386



Lizeth Jimenez

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

Lizeth Paola Jimenez Fajardo
CC 1085228933

Huella
Digital

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 1085228933 **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 20/03/2024 09:28 AM



Código Verificación: 29YRD3P1G5

Válida hasta: 18/06/2024

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

**LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE
GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA
ESE HOSPITAL "FERNANDO TROCONIS"**

CERTIFICA

Que la Señora **LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO**, identificada con la Cedula de Ciudadanía **No 1.085.228.933** expedida en Santa Ana (Magdalena), fue contratista de esta ESE Hospital Universitario Fernando Troconis, prestando sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en virtud de las siguientes órdenes de Prestación de Servicios:

1. No. **1214** de fecha 05 de Mayo de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del día 05 de Mayo hasta el 30 de Junio de 2015 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$2'400.000.00) MTCE.
2. No. **1816** de fecha 01 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Julio hasta el 31 de Octubre de 2015 y por un valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$4'800.000.00) MTCE.
3. No. **2406** de fecha 06 de Noviembre de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del día 06 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre de 2015 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$2.400.000.00) MCTE.
4. No. **668** de fecha 20 de Enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 20 hasta el 31 de Enero de 2016 y por un valor de UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS (\$1.200.000.00) MCTE.
5. No. **695** de fecha 02 de Febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Febrero hasta el 31 de Marzo de 2016 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$2.400.000.00) MCTE.

Dirección: Carrera 14 No 23-42 Santa Marta-Colombia
E-mail: talentohumano@hospitalfernandotroconis.com
Teléfonos: 4346262 Ext. 140 -3215399661-3157199484

6. No. **2107** de fecha 02 de Mayo de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Mayo hasta el 30 de Junio de 2016 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$2.400.000.00) MCTE.
7. No. **2492** de fecha 01 de Julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2016 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$2.400.000.00) MCTE.
8. No. **3175** de fecha 01 de Septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Septiembre hasta el 31 de Octubre de 2016 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$2.400.000.00) MCTE.
9. No. **3999** de fecha 02 de Noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre de 2016 y por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$2.400.000.00) MCTE.
10. No. **119** de fecha 03 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 03 de Enero hasta el 31 de Enero de 2017 y por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS (\$1.200.000.00) MCTE.

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada en Santa Marta – Magdalena, a los trece (13) días del mes de Marzo de 2017


ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
Profesional Especializado

Dirección: Carrera 14 No 23-42 Santa Marta-Colombia
E-mail: talentohumano@hospitalfernandotroconis.com
Teléfonos: 4346262 Ext. 140 -3215399661-3157199484

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



Consérvelo

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

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Jiceth Pardo

Apellidos:

Jimenez Fajardo

Documento
de identidad:

C.C.

☒ T.I.

Pasaporte

No.

1.085228933

Fecha de
nacimiento:

Día

18

Mes

09

Año

1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	18/05/2018	Serum 01203186	Karen
Fiebre Amarilla	Única	05/03/2014	Serum 2215015713	Luigi
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	03/02/2013	Serum 231520930	Horacio
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	01-08-18	Serum 1431314	Juancho
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LIZETH	PAOLA	JIMENEZ	FAJARDO

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="1085228933"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA ANA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="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	<input type="text" value="ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>
Dirección	<input 14="" 23-42="" alcazares"]"="" carrera="" no.="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="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	\$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$1.800.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **JIMENEZ FAJARDO LIZETH PAOLA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1085228933** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**

IPS de atención: **ESE HOSPITAL LOCAL NUESTRA SENORA SANTA ANA**

Categoría: **A**

Fecha de afiliación: **15/08/2017**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 17 de marzo del 2024. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

**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:

LIZETH PAOLA JIMENEZ FAJARDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.228.933**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Marzo del 2024.

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.

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad Santa Marta Magd	Oficina	Fecha Vinculación
-----------------------------------	---------	-------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Lizeth Paula Jimenez Fajardo										Sexo M ☐ F ☒ X	
Tipo de Documento CE ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐			Número 1085228933			Expedida en Santa Ana Magd		Fecha de Expedición 10-Marzo-2021			
Estado Civil (Selección) Soltero ☐ Casado ☐ Divorclado ☐ U. libre ☒ Viudo ☐			Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐			No. Personas a cargo 1		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☒ Familia ☐		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☐	
Fecha nacimiento 18-09-1992		Lugar de Nacimiento Santa Ana		Dirección Domicilio M2 43 Casa 3 Apto 201			Municipio / Ciudad Santa Marta Magd		Departamento		
Correo Electrónico Lizeth.081892@hotmail.com						No. Celular 3108795181		Teléfono 4401960			
Ocupación (Selección) Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐										Actividad Principal CIU 8 6 9 2	
Detalle Actividad Económica Auxiliar de Enfermería						Descripción del CIU Actividad de apoyo terapéutico					

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 HUMIB		Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?			Cargo Auxiliar de enf			
Dirección de empresa o negocio Cra 14 # 23-42		Ciudad Santa Marta			Barrio Alcazares		No. Teléfono 1365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI ☐ NO ☐	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

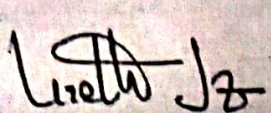
Total Ingresos Mensuales \$ 1.800.000		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes Año		Es declarante? SI ☐ NO ☐	
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?			
Declaro que soy persona políticamente 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 **Actividades de apoyo terapéutico** y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúe, cercado con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe 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 mercado, 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 consignarán 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 Méndez 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

F. 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):