REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.065.581.568**

GARCIA GALVAN
APELLIDOS

SIBELIS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAR-1987**
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-MAR-2005 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REYES LOPEZ

P-1200100-37140013-F-1065581568-20050810 0415805222A 02 182508056

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, SIBELIS GARCIA GALVAN, Identificado con Cédula No. 1.065.581.568 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **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: Sibelis Garcia Garlvan

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	X	
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	X	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
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)**	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	X	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		X
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	X	
15	Tarjeta Profesional		X
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
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).**	X	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
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*)	X	
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*).	X	
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)**	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	X	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES** — 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)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1065581568	GARCÍA	GALVÁN	SIBELIS	..	2022-03-06, 20:23

El (la) suscrito(a) SIBELIS GARCIA GALVAN identificado conC.C./C.E./P.P No. 1.065.581.568 expedida en VALLEDUPAR, 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 12 del mes de Marzo de 2024.

Firma Sibelis Garcia Galvan

Nombre SIBELIS GARCIA GALVAN

Cedula: 1.065.581.568

COPIA CONTROLADA

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	SIBELIS GARCIA GALVAN
Nombre abreviado	PERSONA NATURAL
Fecha de creación	15/07/2022 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1065581568
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	CARRERA 20D#35-46
País	COLOMBIA
Ciudad	Magdalena
Municipio	Santa Marta
Código postal	
Teléfono de oficina	3004513400
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	SIBELISGARCIA@GMAIL.COM
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	SIBELISGARCIA@GMAIL.COM

Dirección	Estado	País	Teléfono
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	SIBELIS GARCIA GALVAN
Cargo	
Teléfono	
Móvil	3004513400
Fax	
Correo electrónico	SIBELISGARCIA@GMAIL.COM

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

`

Santa Marta Marzo de 2024.

Dr. German G. Vargas Mosquera.
Gerente HUJMB

Asunto: Propuesta de servicio.

Cordial Saludo.

A solicitud de la entidad de salud yo Sibelis García Galván.
Documento: 36559261expedida en la ciudad de Santa Marta.
Correo: sibelisgarcia@gmail.
Celular: 3008535432
Dirección: Carerea 20d #35 -46 Barrio la lucha

Solicito a usted e manera respetuosa concederme la oportunidad de ingresar como Auxiliar de Enfermería, para prestar mis servicios como profesional en la atención hospitalaria, ambulatoria y alta complejidad de la población usuaria del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Espero reunir los requisitos necesarios para ocupar el cargo dentro de esta importante empresa de salud.

Gracias.

Atentamente,

Sibelis Garcia Garlvan
Sibelis García Galván.
Santa Marta

¡RESULTADOS DEL CAMBIO!
hujuliomendezb
www.hujmb.gou.co
CÓDIGO: COME9F VERSIÓN:01
FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN:27/07/2023

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14576472605

(415)7707212489984(8020) **000001457647260 5**

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARCIA	GALVAN	SIBELIS	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 20 35 46 BRR LA LUCHA

42. Correo electrónico: sibelomejor@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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 2019 - 06 - 02

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: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Galvan		Sibelis Garcia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1065581568	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 03 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO PLATO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 20D 35 46 SUR barrio la lucha

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 0000000 EMAIL sibelisgarcia@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2003
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FAMICURAR		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CESAR	VALLEDUPAR	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2013

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
A TERMINO FIJO	ABASTECIMIENTO / CONTRATACION	CALLE 14

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 OCUPACIÓN LABORAL EN Y NÚMERO DE AÑOS

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento ***12/03/24*** Dibelis Garcia Galvan

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia y en su nombre

Instituto José María Vargas Vila

De Valledupar - Cesar

Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal, según Resolución 030054 del 26 de noviembre de 2003

Confiere a:

SIBELIS GARCIA GALVAN

T.I. 205.713 DE VALLEDUPAR

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario(a)

Valledupar, 5 de Diciembre de 2.004

Anotado al folio No. 03 Del Libro de Registro No. Uno

Secretaría de Educación

Zona 2.

Dado en Valledupar, a los 5 días del mes de Diciembre de 2.003

La República de Colombia

INSTITUTO JOSE MARIA VARGAS VILA

Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal, según Resolución 030054 del 26 de noviembre de 2003

EL SUSCRITO RECTOR Y SECRETARIO DEL INSTITUTO JOSE MARIA VARGAS VILA DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, compulsa a continuación copia del Acta de Grado No. 003 correspondiente al dia CINCO (5) del mes de DICIEMBRE de DOS MIL TRES (2003).

ACTA DE GRADO

En Valledupar, Departamento del Cesar, a los CINCO (5) días del mes de DICIEMBRE de DOS MIL TRES (2003), siendo las 4:00 p.m. Se llevo a cabo el Acto Solemne de Grado presidido por el Señor Rector de la Institución, Licenciado ISNARDO RAFAEL CALVO FERRER, en el cual el Instituto José Maria Vargas Vila autoriza para el efecto según resolución No. 030054 del 26 de noviembre de 2003 de la Secretaria de Educación Municipal confiere el titulo de BACHILLER ACADEMICO

A

SIBELIS GARCIA GALVAN

Identificado con la tarjeta de identidad No. 205.713 expedida en VALLEDUPAR, quien cumplió con los requisitos académicos que los reglamentos y normas legales exigen para tal fin, y se le otorgó el diploma No.003 que lo acredita como tal.

EL RECTOR	Fdo.	ISNARDO RAFAEL CALVO FERRER
EL SECRETARIO	Fdo.	DARWIN JOSE CONTRERAS OSPINO

Es fiel copia tomado de la original, en lo pertinente.

Se expide la presente constancia en Valledupar, cesar a los CINCO (5) DÍAS del mes de DICIEMBRE de 2003.

ISNARDO RAFAEL CALVO FERRER
Rector

DARWIN JOSE CONTRERAS OSPINO
Secretario

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR

La Escuela de Tècnicos en Salud

"TECNISALUD"

Con Autorización Oficial según Resolución No. 00028 del 18 de Marzo de 1997, emanada por la Secretaría de Educación Departamental, con el Acuerdo No. 17 del 18 de Febrero de 1997, del Ministerio de Salud.
Resolución del SENA No. 00064 del 17 de Junio de 2003

Teniendo en Cuenta que:

Sibelis García Galván

C.C. No. 1.065.531.568 De Valledupar - Cesar

Terminó satisfactoriamente sus estudios Teórico- Prácticos con una duración de 1.800 Horas

Otorga el presente certificado que lo acredita como:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Dado en Valledupar a los 12 días del mes de Diciembre de 2008 Folio No. 2157

Director General | Director Administrativo | Director Académico

ESCUELA
DE TECNICOS
EN SALUD
TECNISALUD

NIT. 824.000.576-1

APROBACION OFICIAL:
Acuerdo 17 de Feb. De 1997
Ministerio de Salud
Resolución 00028
de marzo de 1997
Ministerio de Educación

PROGRAMA AUXILIAR DE ENFERMERIA

Los suscritos Directora y Coordinadora Académica General de la Escuela de Técnicos en Salud **TECNISALUD LTDA,** expiden copia auténtica del Acta de grado del

Alumno (a): SIBELIS GARCIA GALVAN
CC., No. 1.065.581.568 Expedida en Valledupar – Cesar

Y, que a la letra dice: Folio No. 2136 al 2214 Acta No. 22

En la Ciudad de Valledupar Departamento del Cesar, el doce (12) de diciembre de dos mil ocho (2008), en el Gran Salón del Club Campestre de esta ciudad siendo las cinco (5:00) de la tarde y ante la presencia de la Directora de la Escuela de Técnicos en Salud TECNISALUD LTDA, Licenciada ESPERANZA MORALES LACOUTURE, de la Coordinadora Académica General Licenciada EDNA MARGARITA BERKELEY BENITEZ, del Subdirector Administrativo, Doctor WILLIAM SOLANO PERALTA y demás Coordinadores integrantes del Comité Docente de la Escuela, se llevó a cabo la ceremonia de grado de los alumnos que culminaron su programa académico y cumplieron en la totalidad con los requisitos exigidos por los estatutos y los reglamentos de la Escuela.

La Directora entregó a los alumnos el certificado de Aptitud Ocupacional del Programa de Auxiliar de Enfermería que otorga la Escuela de Técnicos en Salud TECNISALUD LTDA, según aprobación contenida en la Resolución No. 00028 del 18 de marzo de 1997 de la Secretaria de Educación Departamental, mediante acuerdo No.17 del 18 febrero de 1997 del Ministerio de Salud.

Es fiel copia tomada del original, debidamente firmada por la Directora y la Coordinadora Académica General. Dada en Valledupar, a los doce (12) días del mes de diciembre de dos mil ocho (2008).

ESPERANZA MORALES LACOUTURE
Directora

EDNA BERKELEY BENITEZ
Coordinadora Académica General

"Calidad en Educación y Salud"

La Escuela de Técnicos en Salud
TECNISALUD
Concede

Mención de Honor

A: Sibelis García Galvan

Por haber mantenido el mejor promedio durante todo el Programa de Auxiliar de Enfermería

Dado en Valledupar el día 12 de Diciembre de 2008

Directora General

Director Administrativo

Coordinadora Académica General

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 351

"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) **SIBELIS GARCIA GALVAN,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.065.581.568, expedida en Valledupar - Cesar, solicitó ante esta Secretaría la **INSCRIPCIÓN** del ejercicio de su oficio según título en **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** Según CERTIFICADO DE ACTITUD OCUPACIONAL, otorgado por **LA ESCUELA DE TECNICOS EN SALUD "TECNISALUD",** según Acta De Grado No. 22 del día 12 de Diciembre de 2008 y quien presenta Resolución de Autorización para el Ejercicio Profesional No. 20-1403, expedida por La Secreratria de Salud Departamental del Cesar de fecha 30 de Diciembre de 2008.

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

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Inscribir a **SIBELIS GARCIA GALVAN,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.065.581.568, expedida en Valledupar - Cesar, para ejercer su oficio de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** para laborar en el Departamento.

ARTÍCULO 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 Secretaría 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: 6 SEP 2013

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado: Tatiana Cotes

Revisada: Piedad De la Hoz

RESPETO POR EL MAGDALENA

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 *: 1065581568

Primer Nombre: sibelis

Primer Apellido: garcia

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6681

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-01→6:12:50 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1065581568	SIBELIS		GARCIA	GALVAN	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) SIBELIS GARCIA GALVAN identificado(a) con CC 1065581568 registra La siguiente información:

2023-12-01→6:12:50 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	2008-12-30	201403	DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR

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).

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Verificación

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

Certifica

Sibelis García Galvan

CC 1065581568 de Valledupar - Cesar

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: 2023-05-23
Fecha de vencimiento: 2025-05-23

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

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SIBELIS GARCIA GALVAN

Con Cédula de Ciudadanía No. 1065581568

Participó en la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Marta. a los trece (13) dias del mes de diciembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
Subdirector (E)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

6907948 - 13/12/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900260686CC1065581568C.

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Verificación:

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

Certifica

Sibelis García Galvan

CC 1065581568 de Valledupar - Cesar

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

Fecha de emisión: 2023-05-29
Fecha de vencimiento: 2025-05-29

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. 901544869-6

Verificación

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

Certifica

Sibelis García Galvan

CC 1065581568 de Valledupar - Cesar

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

Fecha de emisión: 2023-05-27
Fecha de vencimiento: 2025-05-27

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

Servicios Médicos Domiciliarios LTDA

SERVIMED I.P.S

Calle 22 No. 14 - 05 • Local 101 C.C. Alcázares Plaza • Teléfono: 431 38 74
informacion@servimedips.com.co • www.servimedips.com.co

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	AÑO		
		DIA	MES	AÑO
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	SANTA MARTA	15	12	2021

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre Y Apellido:	Documento de Identidad			
SIBELIS GARCIA GALVAN	Tipo: CC	No	1065581568	

Direccion		Telefono	

Cargo: AUXILIAR ENFERMERIA	Sexo: M	F X	Fecha de Nacimiento:	20-03-87

Tipo de Examen Ocupacional

Preocupacional	X	Periodico		Post Ocupacional		Manipulador Alimentos	
Reintegro Laboral		Post Incapacidad		Reubicacion			

Examenes Practicados durante el Examen Medico Ocupacional

EXAMEN	N	A	LABORATORIOS /IMÁGENES	N	A
Medico Ocupacional	X				
Visiometria					
Espirometria					
Audiometria					

Concepto Medico Ocupacional

Al examen medico no presenta defectos ni patologia aparente	X
Al examen medico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	
Al examen medico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
Al examen medico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar	

¿Presenta Restricciones? Si [ ] No [ ] ¿Cuáles?

Observaciones:

Concepto Final de Aptitud Ocupacional

Apto sin Limitaciones	X	Apto con limitacione		Aplazado		Apto Manipular Alimentos	
No Apto		Apto para Alturas		No Apto para Alturas		No Apto Espacios Confinados	
Apto Espacios Confinados							

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Remisión a EPS		Uso de EPP		Inicio de actividad fisica	
		Ingreso al SVE		Dejar de fumar	
Continuar manejo médico		Carga fisica		Visual		Reducir el consumo de alcohol	
		Ruido		Biologico		Control del peso	
Remisión a ARP		Radiologico		Radiaciones		Otro:	
		Psicolaboral		Cardiovascular			
Citologia Vaginal		otro					

Dr. Gustavo Severini
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 1920

Firma del Medico
Licencia de Salud Ocupacional

Sibelis Garcia Galvan

Firma del Trabajador 1065581568
CC No.

Famicurar IPS
Salud para Todos

CERTIFICA QUE

La señora **SIBELIS GARCIA GALVÁN**, Identificada con cedula de ciudadanía No **1.065.581.568** de Valledupar, prestó sus servicios en nuestra IPS con el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.** En el lapso de tiempo de junio de 2011 hasta enero de 2013, con un salario de $700.000 mil pesos.

Dado en Valledupar, cesar a los 15 días del mes de febrero del año 2013.

XIOMARA VIRGINIA AVILA AVILA

ADMINISTRADOR IPS FAMICURAR SEDE VALLEDUPAR

CELULAR 3112462827

SECRETARIA DE SALUD DEL MAGDALENA
E.S.E HOSPITAL SAN CRISTÓBAL DE CIÉNAGA
NIT 800130625-2
SUBGERENCIA CIENTÍFICA

CERTIFICO QUE:

SIBELIS GARCÍA GALVÁN con cedula de ciudadanía N° 1065581568 expedida en Valledupar -Cesar presto sus servicios como Auxiliar De Enfermería en el area de Cirugía desempeñando sus labores de forma satisfactoria en el periodo comprendo en 1 junio de 2013 a 31 diciembre de 2013 a cargo de la Jefe De Departamento De Enfermería Sulima Fornaris

Para constancia se firma la solicitud del interesado a los 16 dias del mes de enero del 2014

Ruben Gamez
RUBEN GAMEZ
subgerente científico

CALLE 5a kra 21 Telefax (095) 4240896
CIÉNAGA-MAGDALENA
Mail: subgerenciacientifica.hsc@gmail.com

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 1065581568 **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 12/03/2024 08:05 AM

Código Verificación: **2YCRH68UQK**

Válida hasta: **26/03/2024**

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, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: OIBELIS

Apellidos: GARCIA GALVAN

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1065581568

Fecha de Nacimiento: Día. 20 Mes. 03 Año. 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	2/01/2019	0138M003ZB	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	29/2/16	Recombivax	UFX 13004	
	01/3/16	Heporax	1434024.	
	7/03/17	Heporax	1434026.	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	03/01/17	PASAN	
Contra Influenza				
Otras				
H.A	1°	29-2-2016		

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-02-23 10:52

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SIBELIS		GARCIA	GALVAN

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1065581568

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA Departamento: CESAR Municipio: VALLEDUPAR

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA Departamento: MAGDALENA Municipio: SANTA MARTA

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

Lugar de sede País: COLOMBIA Departamento: MAGDALENA Municipio: SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple: TÉCNICO AREA 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	
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	$900.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [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
WILSON	RAFAEL	VILLAR	GOMEZ

Tipo documento	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	7630754

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 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

Sí [ ] No ánimo o No [X]

sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

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 Rrenta

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:

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **GARCIA GALVAN SIBELIS** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1065581568** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**VIVA 1A IPS SA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**01/08/2023**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 12 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:

SIBELIS GARCIA GALVAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.581.568**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **SIBELIS GARCIA GALVAN** identificado con **CC** No. **1065581568**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	**Fecha de inicio de cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013257354.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: SIBELIS GARCIA GALVAN												Sexo: M		F	X
Tipo de Documento: C.C. X / C.E / T.I / R.C / PP								Número: 1065581568		Expedida en: VALLEDUPAR		Fecha de Expedición: 20/03/1987			
Estado Civil (Seleccione): Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Nivel educativo: Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda: Propia	Arrendada	Familia	Zona Ubicación: Rural	Urbano	
	X						X		4		X			X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento		
			VALLEDUPAR		CARRERA 20D#35-46					SANTA MARTA			MAGDALENA		
Correo Electrónico										No. Celular			Telefono		
SIBELISGARCIA@GMAIL.COM										3004513400					
Ocupación (Seleccione): Estudiante		Independiente		Empleado X	Hogar		Jubilado			Actividad Principal CIIU					
										8	7	1	0		
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIIU							
SERVICIO EN SALUD ENFERMERIA								PRESTACION EN SERVICIO DE SALUD							

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo		
HOS. UNI.JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
Dirección de empresa o negocio					Ciudad			Barrio		No. Telefono
CARREA14-23-42					SANTA MARTA			ALCAZARES		4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto publicamente?								SI		NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.800.000			Total Egresos mensules 1,700,000				
Otros Ingresos Mensules 0			Otros Egresos Mensuales 0				
Total Activos 1.800.000			Total Pasivos 1700000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	MesDICIEMBRE	Año2022	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 políticamente expuesta PEP?

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

SERVICIOS PRESTADOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectuen 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

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):