HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ, Identificado con Cédula No. 57.415.318 y Profesión ENFERMERA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Rocio del Pilar Abril Ramirez

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sli.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 INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 **Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**	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	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.415.318**
ABRIL RAMIREZ

APELLIDOS
ROCIO DEL PILAR

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **14-SEP-1969**
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

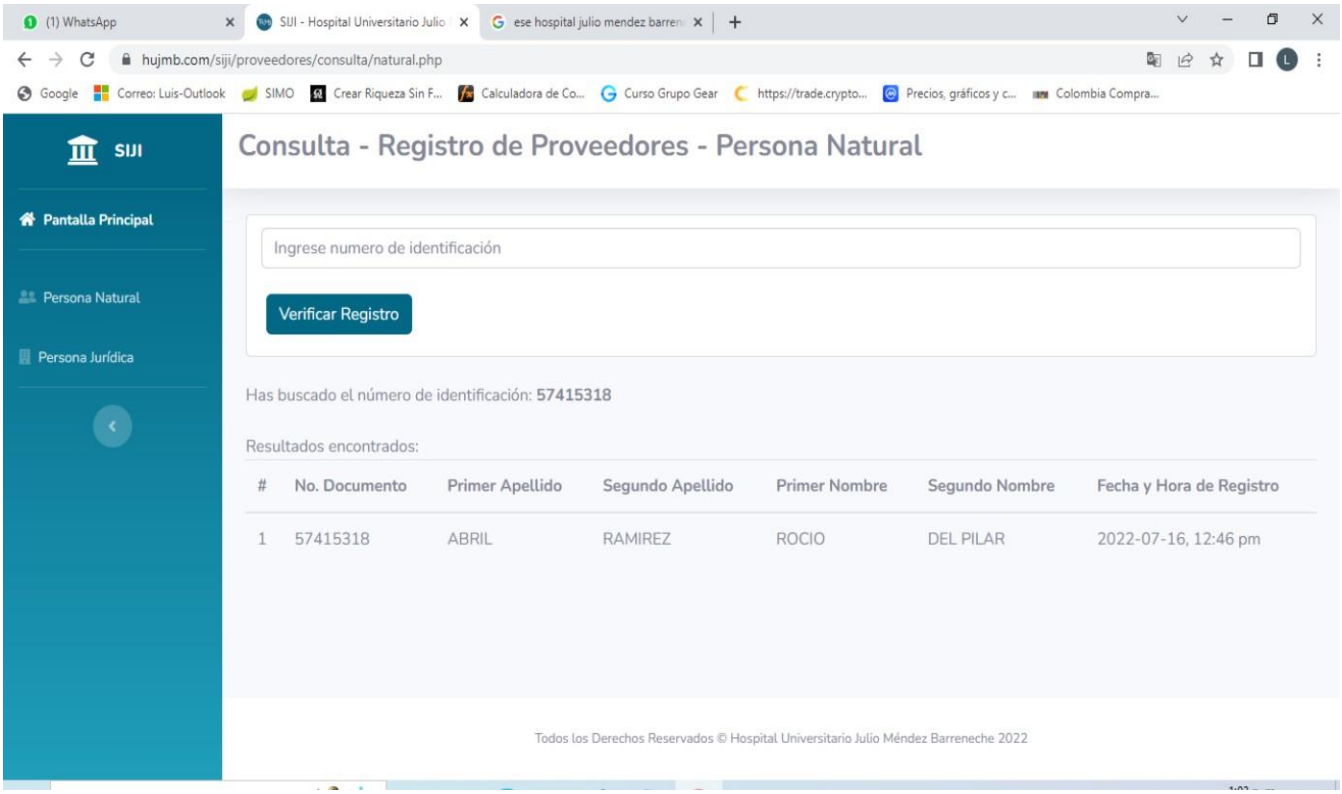
1.70	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-FEB-1989 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00061741-F-0057415318-20080830 0002794469A 1 4460000952


(1) WhatsApp
SIJI - Hospital Universitario Julio
ese hospital julio mendez barren
hujmb.com/siji/proveedores/consulta/natural.php
Google
Correo: Luis-Outlook
SIMO
Crear Riqueza Sin F...
Calculadora de Co...
Curso Grupo Gear
https://trade.crypto...
Precios, gráficos y c...
Colombia Compra...
SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificación
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 57415318
Resultados encontrados:
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 57415318 ABRIL RAMIREZ ROCIO DEL PILAR 2022-07-16, 12:46 pm
Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSULTA EN BASE DE DATOS

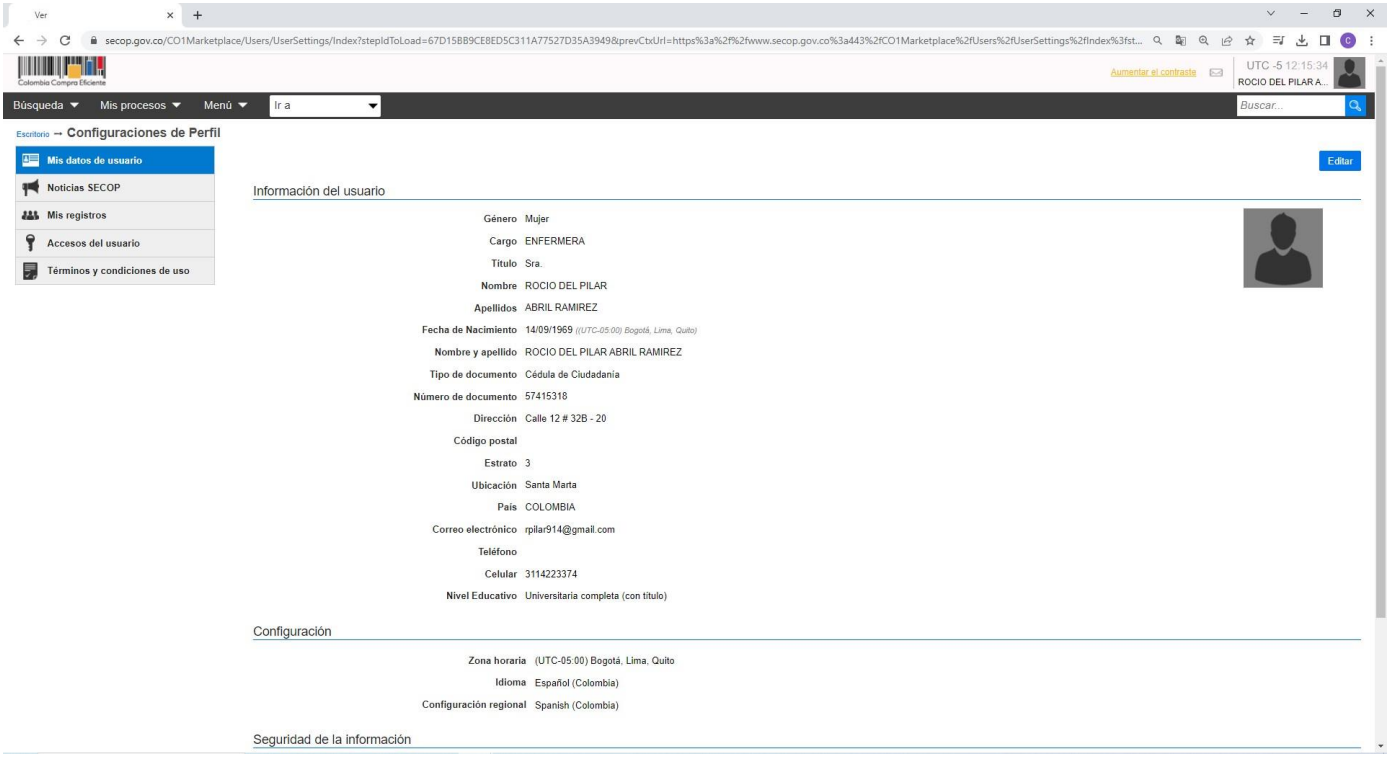
El (la) suscrito(a) ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ identificado con C.C./C.E./P.P No. 57415318 expedida en Ciénaga, Magdalena, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. 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 19 del mes de marzo de 2024

Firma
Nombre ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ
Cédula 57415318

COPIA CONTROLADA


Ver
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=67D15BB9CE8ED5C311A77527D35A3949&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1Marketplace%2fUsers%2fUserSettings%2fIndex%3fst...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 12:15:34
ROCIO DEL PILAR A...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Editar
Información del usuario
Género Mujer
Cargo ENFERMERA
Título Sra.
Nombre ROCIO DEL PILAR
Apellidos ABRIL RAMIREZ
Fecha de Nacimiento 14/09/1969 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 57415318
Dirección Calle 12 # 32B - 20
Código postal
Estrato 3
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico rpilar914@gmail.com
Teléfono
Celular 3114223374
Nivel Educativo Universitaria completa (con título)
Configuración
Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Spanish (Colombia)
Seguridad de la información

PROPUESTA DE SERVICIOS

ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ
C.C. 57.415.318
ENFERMERA-UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Marzo 11 de 2024

Doctor,
GERMAN GAVIRIA VARGAS

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el objeto de presentar y ofrecer mis servicios profesionales como ENFERMERA, los cuales responden a las necesidades del contexto y la demanda actual en el tema de salud.

Como profesional, cuento con los conocimientos, aptitudes y experiencia necesarios para asumir nuevos desafíos, así como también el desarrollo y cumplimiento de objetivos y metas establecidas en esta área.

Poseo título de ENFERMERA egresada de la Universidad Metropolitana de Barranquilla desde el año 1996 y desde esta misma fecha he prestado mis servicios de forma continua en diferentes instituciones de salud, con compromiso, lealtad y profesionalismo.

Atentamente,



ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ
C.C. 57.415.318 de Ciénaga.
ENFERMERA- Universidad Metropolitana.
Dirección: Calle 12 No. 32B-20 Barrio Galicia- Santa Marta.
Tel. 3114223374
Email: rpilar914@gmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14309080260

(415)7707212489984(8020) 000001430908026 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 1 5 3 1 8	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ABRIL	RAMIREZ	ROCIO	DEL PILAR

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: CL 12 32 B 20 BRR GALICIA

42. Correo electrónico: rpilar914@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 4 2 2 3 3 7 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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: 2 61. Fecha 2014 - 08 - 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 VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON

985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Abril	Ramirez	Rocio Del Pilar

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57415318 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES 09 AÑO 1969

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CIÉNAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 12 - 32B 20

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3114223374 EMAIL rpilar914@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	11	1994	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA GINECOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESIMED- ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4232562	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	11	*Año* 2007	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CALLE 12 - 24 2						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAR CARIBE COLSALUD S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4206464	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2001	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 19 A - 23 3						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

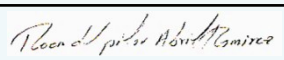
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	24	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	26	3

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA, 21/03/2024



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DF EDUCACION
DEPARTAMENTO DEL MGDALENA-MINICIFIO DE CIENGA
INSTITUCION EDUCATIVA "SAN JUAN DEL CORDOBA"
Colegio Oficial de Bachillerato Aprobado por Decreto No. 001 de Marzo 14 de 2003
Secretaria de Educación Municipal Certificada
CODIGO DANE 147189-001186-NIT891780163-0
Calle 16 No. 21-17 TEL.: 4240882 Fax 4240882
Cienaga-Magdalena

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 12

En la Ciudad de Ciénaga, Magdalena, a los 06 días del mes de Diciembre de 1990 Se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del UNDECIMO grado, el Rector y la Secretaria Académica, del plantel Institución Educativa "SAN JUAN DEL CORDOBA", aprobado por Resolución No. 0l de Marzo l4 de 2003 y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Titulo de Bachiller en la Modalidad Académica correspondiente al Nivel de Educación Media.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes se procedido a otorgar el Titulo de BACHILLER ACADEMICO al graduando, cuyo número de orden, apellidos, nombres y número del Documento de Identidad se relacionan a continuación:

NUMERO:	APELLIDOS:	NOMBRES:
02	ABRIL RAMIREZ	ROCIO DEL PILAR.
Documento de Identidad No.	57.415.318	Expedida en Ciénaga

Esta Acta Consta de 108 Estudiantes es, fiel copia del Acta Original No. 12 comienza con los Apellidos y Nombres
ABRIL RAMIREZ LUCY MARIA y se cierra con los apellidos y nombres de. VIZCAINO GRANADOS YANIRIS ALVENIA-

Firmado por Esp. JUANA MARIN DE CARRASQUILLA RECTORA Y Téc. Adm. LEDA MORALES DE BRITTO.-.

Dada en Ciénaga, a los 11 días del mes de Diciemnbre de 2007.

Esp JUANA MARIN DE CARRASQUILA
CC. No. 39.030.262 de Ciénaga
Rectora.-

T.A.. LEDA MORALES DE BRITTO
C.C.No.39.029418 C-ga
SECRETARIA

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: ***Programa*** ***ENFERMERIA*** ***Código:*** E-41-884-95

Otorgada a: ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ
C.C. No. 57.415.318 de Ciénaga

En Barranquilla a los 13 *días del mes de* Enero *de 1.99* 5 *el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras y Fonoaudiología en presencia de su cuerpo docente se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar grado Académico al alumno del programa de:* ***ENFERMERIA***
Después de la toma del juramento el Señor Rector entregó el Diploma de:

ENFERMERA

Que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA COLOMBIA HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO: ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ
TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS

LE OTORGA EL TITULO DE:

ENFERMERA

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado siendo las 7:00 p.m. del día 13 de Enero de 1.995

Eduardo Acosta Bendek
Rector

ALBA LLINAS DE REYES
Director del Programa de
ENFERMERIA

Jesús Sáez de Ibarra
Vice-Rector

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO

ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ

C.C. No. 57.415.318 de Ciénaga-Magd.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

E N F E R M E R A

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

13 de Enero de 1993

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **ROCÍO DEL PILAR ABRIL RAMÍREZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.415.318, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, el día quince (15) del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOTA: Si requiere el documento para trámite de apostilla debe solicitarlo en físico, para que sea firmado a mano alzada.

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 3582 DE 19___

EL DIRECTOR DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y,

CONSIDERANDO:

Que ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ, identificada con la Cédula de Ciudadanía No57.415.318 expedida en Ciénaga Magdalena ha solicitado el Registro de su TITULO DE EN ENFERMERA, que le otorgó la UNIVERSIDAD METROPOLITANA, el 13 de Enero de 1995.

Que dicho Titulo se encuentra debidamente Registrado en la Secretaría de Educación del Atlántico bajo el No.7.139 en el libro 76 del folio 149 del 9 de mayo de 1995.

Que cumplio con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, en el Servicio Seccional de Salud del Magdalena en la plaza correspondiente al Centro de Salud de Guamal, durante el tiempo comprendido entre el 1o. de Junio de 1995 al 7 de Junio de 1996.

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Autorizar a, ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ, para ejercer la profesión de ENFERMERA, en todo el territorio Nacional.

Dada en Santa Marta, a los 27 DIC 1996

(COPIA) LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud del Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos | Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ

C.C. 57.415.318

Universidad Metropolitana

Barranquilla

Fecha de Expedición Diploma: 13/01/1995

Fecha de Inscripción en Rethus: 26/09/2007

42467

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

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

www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ identificado(a) con CC 57415318 registra La siguiente información:

2024-03-11→9:21:31 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2007-09-26		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Rocio del Pilar Abril Ramirez

CC 57415318 de Cienága - 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.

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

Fecha de emisión: 2025-12-02
Fecha de vencimiento: 2025-12-02

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

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ

C.C. 57.415.318

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA – SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado **del día 2 al 4 de Diciembre de 2022.**
con una intensidad académica de **48 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 Y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Rocio del Pilar Abril Ramirez

CC 57415318 de Cienága - 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.

FUNDACIONNUESTRA SEÑORADELAESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2025-12-04
Fecha de vencimiento: 2025-12-04

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

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

Certifica

Rocio del Pilar Abril Ramirez

CC 57415318 de Cienága - 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.

FUNDACIONNUESTRA SEÑORADELAESPERANZA verifique la autenticidad de su certificación en la página www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2025-11-30
Fecha de vencimiento: 2025-11-30

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

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S
NIT: 901127782-6
Lic. Salud ocupacional 0460

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de Ingreso: **X**
Fecha: 30/01/24
Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche
Nombres y Apellidos: **Rocío del Pilar Abril Ramirez**
CC: 57415318
Sexo: F
Edad: años
Labor a Desempeñar: **Jefe de Enfermería**
Principales Tareas: Planear, Organizar, ejecutar y supervisar planes y procesos asistenciales y administrativos del servicio de enfermería, para Velar por el cuidado y recuperación de los pacientes; trabajando en equipo, mostrando liderazgo y empatía. Y otras asignadas por la Dirección.
Celular: 3114223374
Correo: Rpilar914@gmail.com

Examen Medico Ocupacional:

- **Osteomuscular:** Arcos de Movilidad sin limitaciones
- **Valoración y Estimación Visual y Auditiva:** en Rango Normalidad
- **Aptitud al desempeño Laboral:** Positiva

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

Previa recibo de datos clínicos, comunicación, examen Médico Normal. Por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal, para la atención de pacientes según clasificación en Bioseguridad. Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias.

Recomendaciones:

- Hábitos de Estilo de Vida Saludable
- Higiene postural y de carga-Pausas Saludables
- Uso de EPP
- Cumplimiento de Normas de Higiene y seguridad en la Empresa.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes. La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.



SANTANDER MARQUEZ
Médico Esp SG-SST
R.M 0556 S.S.M
Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126882123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos · Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163001 Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	DISTRITO SANTA MARTA	Municipio	DISTRITO SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 – 07 Barrio Libertador
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

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

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

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección:AVENIDA LIBERTADOR N° 25-33 - Teléfono(s):4209032 - 4209680 EXT 1415 4209660 EXT 1415 - Correo Electrónico: saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de ajustes del servicio: 31 - 01 - 2020 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:19 a.m.).

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **57.415.318** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **902** de fecha 01 de enero de **2022**, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2022, por un valor SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).

2. No. **1738** de fecha 01 de abril de **2022**, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio de 2022, por un valor DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($10.400.000).

3. No. **3176** de fecha 05 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de CATORCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($14.500.000).

4. No. **591** de fecha 01 de enero de **2023**, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 28 de febrero de 2023, por un valor CINCO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($5.800.000).

5. No. **1483** de fecha 01 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de OCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($8.700.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO **ENFERMERA** DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA Y DEMÁS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los diecisiete (17) días del mes de mayo de 2023.

KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

VIGILADO Supersalud

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

Contrato No.: 1738
Fecha: **01/04/2022**

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS: No **1738** DEL 1 DE ABRIL DE 2022

CONTRATISTA: ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ

C.C. Nº : 57.415.318 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA TODA LA POBLACION DE CLINICA DE HERIDA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE..

VALOR: DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($10.400.000)

PLAZO: EL PLAZO DE DURACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ DESDE LA LEGALIZACIÓN (SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO) HASTA EL 31 DE JULIO DE 2022.

SUPERVISOR: UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA.

EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA, DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN LA MISMA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO QUE YA SE IDENTIFICO, NOS REUNIMOS EN LA SEDE DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y **ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ** EN CALIDAD DE CONTRATISTA, CON EL OBJETO DE DEJAR CONSTANCIA DE LA INICIACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO.

EN CONSECUENCIA, SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO, EN LA MISMA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, POR QUIENES EN ELLA INTERVINIERON UNA VEZ LEÍDA Y APROBADA EN DOS EJEMPLARES DEL MISMO TENOR.

VIGILADO Supersalud

EL CONTRATISTA

EL SUPERVISOR

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

Contrato No.: 902
Fecha: **01/01/2022**

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS: No **902** DEL 1 DE ENERO DE 2022

CONTRATISTA: ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ

C.C. Nº : 57.415.318 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA A TODA LA POBLACION DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

VALOR: SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($7.800.000)

PLAZO: EL PLAZO DE DURACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ DESDE LA LEGALIZACIÓN (SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO) HASTA EL 31 DE MARZO DE 2022.

SUPERVISOR: UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA.

EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA, DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN LA MISMA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO QUE YA SE IDENTIFICO, NOS REUNIMOS EN LA SEDE DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y **ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ** EN CALIDAD DE CONTRATISTA, CON EL OBJETO DE DEJAR CONSTANCIA DE LA INICIACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO.

EN CONSECUENCIA, SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO, EN LA MISMA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, POR QUIENES EN ELLA INTERVINIERON UNA VEZ LEÍDA Y APROBADA EN DOS EJEMPLARES DEL MISMO TENOR.

VIGILADO Supersalud

EL CONTRATISTA

EL SUPERVISOR

esimed

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT.: 800215908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina Kactus, el (la) Sr (a) **ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **57.415.318**, labora con esta empresa desde el 10 de noviembre de 2007, con contrato de trabajo a término Indefinido, en la actualidad desempeña el cargo de **ENFERMERO JEFE**, con una asignación salarial mensual de Un millón novecientos setenta y un mil setecientos noventa y cinco Pesos Mlcte ($ 1.971.795,00) y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos Mlcte**.

Como constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 06 días del mes de septiembre de 2018.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext: 6519 - 6520, citando el consecutivo 178612.

Cordialmente,

LIZDETH JOHANNA CARDOZO R.
Subdirectora Nacional de Talento Humano
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)

COLSALUD S.A. CLINICA MARCARIBE

Nit 819.002.176-8
Calle 21 No. 18ª 103
Teléfonos 420 64 64 – 420 64 65

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE LA COMPAÑÍA COLOMBIANA DE SALUD S.A

A QUIEN INTERESE:

Que la señora **ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ** identificada con cédula de ciudadanía No.57.415.318 de Santa Marta, labora en esta empresa desde el 1 de enero de 2001 en el cargo de ENFERMERA JEFE, que su desempeño ha sido excelente, de calidad, es una persona cumplidora de sus horarios, de las tareas, y la atención con el pacientes es de una alta calidad humana.

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de septiembre de 2007.

Atentamente,

JANET COOMBS NEIRA

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 57415318 **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 21/03/2024 10:33 PM

Código Verificación: 79R2N4YBVE

Válida hasta: 20/09/2024

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Este carné [illegible] Colombia
Será exigido para [illegible] a zonas de riesgo



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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Rocío del Pilar
Apellidos	Abril Ramirez
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No. 57.415.318
Fecha de Nacimiento:	Día: 14 Mes: 09 Año: 1969

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	9 IV/06	HO4B12	Carmen
	2	12 V/06	HO4B12	Judith
	3	12 VIII/06	H34215	Barrero

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-06 20:20

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROCIO	DEL PILAR	ABRIL	RAMIREZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57415318

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CIÉNAGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$32.700.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$32.700.000,00

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	$11.581.268,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$100.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO COOPERATIVA	$14.000.000,00

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 [X] No [ ]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País
COMPAÑIA COLOMBIANA DE SALUD COLSALUD S.A.	SOCIEDAD	ACCIONISTA	COLOMBIA

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento | Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

STAMARTA, Marzo 11 de 2024

Señora:
ABRIL RAMIREZ ROCIO DEL PILAR
CC. 57415318
CL 12 NO 32B 20 GALICIA - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 16 de 2004. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ABRIL RAMIREZ ROCIO DEL PILAR	57415318	C	Jul-16-2004	466	137	COTIZANTE	VIGENTE			ninguna
REYA ABRIL CRISTIAN EDUARDO	1024523535	C	Jul-16-2004	466	137	HIJO De 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
COMPAÑIA COLOMBIANA DE SALUD COLSALUD S.A.	57415318	Dependiente	CERRADO
COOPERATIVA ASISTIMEDIK LTDA	57415318	Dependiente	CERRADO
CORPORACION IPS SALUDCOOP	57415318	Dependiente	CERRADO
CORPORACION MIPS COSTA ATLANTICA	57415318	Dependiente	CERRADO
INSTITUCION e INVERSIONES MEDICAS S A MIMEDI	57415318	Dependiente	VIGENTE
FUNDACION CARDIOVASCULAR de COLOMBIA	57415318	Dependiente	CERRADO
PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA	57415318	Dependiente	CERRADO
ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ	57415318	Beneficiario de Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO
ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ	57415318	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
SU AUXILIO TEMPORAL	57415318	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

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

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57415318**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de marzo de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO FINC4F VERSION 002 FECHA DE ULTIM REVISION 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SANTA MARTA	5/09/2023

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo M	Sexo F	Sexo X
ROCIO DEL PILAR ABRIL RAMIREZ			

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
CC X CE TI RC PP	57.415.318	CIENAGA- MAGDALENA	2/02/1989

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
	X							X	2	X				

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
14	9	1969	CIENAGA	CL 12 32B 20 BRR GALICIA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
rpilar914@gmail.com	3114223374	4350275

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				0	0	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
SALUD	ASALARIADO

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento				Número
	CC		PP		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo
INDEPENDIENTE	Publica		Privada	X	Mixta	Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Telefono
CL 12 32B-20	SANTA MARTA	GALICIA	3114223374

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

3. INFORMACION FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 2.900.000	Total Egresos mensules	$ 2.500.000
Otros Ingresos Mensuales	$0	Otros Egresos Mensuales	$0
Total Activos	$ 85.000.000	Total Pasivos	$ 15.000.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes: 12 Año: 2022	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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: MI ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO ENFERMERA.

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea o a quien represente sus derechos o 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, comprar, 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 Barrenechea, 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 reflejara 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 Mendez Barrenechea 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 Barrenechea no utilizar o conocer 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 barrenechea 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 documentos o soportes requeridos anualmente.

Rocio Abril Ramirez

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento