E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ÚLTIMA 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**, Mauris Cecilia Zuñiga Camacho **39003567** y Profesión auxiliar de enfermería **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Mauris Zuñiga Camacho

	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)		
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	

X

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.003.567**
ZUÑIGA CAMACHO

APELLIDOS
MAURIS CECILIA

NOMBRES

Mauris Zuñiga Camacho

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-SEP-1977**

CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ABR-1996 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez T.

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identicación

Veri car Registro

Has buscado el número de identicación: 39003567

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	39003567	ZUÃ‘IGA	CAMACHO	MAURIS	CECILIA	2022-07-29, 4:54 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) Mauris Cecilia Zuñiga Camacho identificado conC.C./C.E./P.P No. 39003567 expedida en Ciénaga, 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 Mauris Zuñiga Camacho
Nombre Mauris Cecilia Zuñiga Camacho
Cédula 39003567

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

Editar

Información del usuario

Género Mujer
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título Sra.
Nombre Mauris Cecilia
Apellidos Zuñiga Camacho
Fecha de Nacimiento 26/09/1977 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido Mauris Cecilia Zuñiga Camacho
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 39003567
Dirección Calle 30 #8-15
Código postal
Estrato 1
Ubicación Ciénaga
País COLOMBIA
Correo electrónico MAURISCECILIA10@GMAIL.COM
Teléfono 3009067424
Celular 3045943753
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta 3045943753
SMS para recuperar la contraseña 3045943753

Editar

SANTA MARTA, MARZO 2024

MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO
C.C. 39.003.567
Dirección: Calle 30 #8-15, CIENAGA, MAGDALENA
Correo: mauriscecilia10@gmail.com
Cel: 3045943753

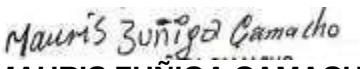
Dr.
GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

Ref. Propuesta de servicios

Cordial saludo

A solicitud de su respetada institución **MAURIS ZUÑIGA CAMACHO** identificado con cedula de ciudadanía N° **39.003.567** de **CIENAGA** , le solicito a usted me permita ingresar como **AUXLIAR DE ENFERMERIA** en el área de consulta externa, en la cual reúno los requisitos y experiencia para tal cargo dentro de la institución.

Atentamente,



MAURIS ZUÑIGA CAMACHO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14676003116

(415)7707212489984(8020) 000001467600311 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 0 0 0 3 5 6 7	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

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
ZUÑIGA	CAMACHO	MAURIS	CECILIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

41. Dirección principal: CL 30 8 15 AP 2 BRR CARREÑO

42. Correo electrónico: mauriscecilia10@gmail.com

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

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 2 1 0 0 2					5 1 3 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 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 - 12 - 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA
985. Cargo Analista III

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
Zuñiga	Camacho	Mauris Cecilia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 39003567	F X M ○	COL. X EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 26 MES 09 AÑO 1977

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: GUAMAL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 30 8 15 apartamento carre?o

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: CIÉNAGA

TELÉFONO: EMAIL: mauriscecilia10@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	12	AÑO	1997
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	4	X			08	2011	
PREGRADO	3	X			12	2008	
PREGRADO	4	X			12	2004	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3009067424	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR AREA DE SALUD	AREA DE ENFERMERIA	CALLE 23 - CRA 14 No 23-42 ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	02	*Mes*	07	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	04	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CALLE 23 N ° 14 -42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS ESIMED S.A.		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
7957155	*Día*	28	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	27	*Mes*	04	*Año*	2017

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ENFERMERIA	AUTOPISTA NORTE N° 96-95

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4100747	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	09	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA				*DIRECCIÓN* Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 095240896	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2009	*Día*	03	*Mes*	02	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA				*DIRECCIÓN* Calle 5 carrera 21							

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	11

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI_ NO_X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, marzo 2024

MAURAS ZUÑIGA C.

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

República de Colombia

El

Instituto Técnico Nacional de Comercio

Femenino

De Ciénaga - Magdalena

Aprobado por Resolución No. 2016 de 2017 del 14 de Mayo de 1963

Confiere el

ZUÑIGA CAMACHO MAURIS CECILIA

Identificado con T.I. No. 1.143.xxx.xxx de Ciénaga-Mag.

El Título de

Bachiller Comercial

Por cuanto ha sido aprobado y aprobado los estudios correspondientes al Plantel de Comercio Técnico Técnico, según los planes y programas vigentes

Rector(a) Secretario(a)

Director

Bogotá, Colombia, a los [illegible] días del mes de [illegible] de 1963

REPUBLICA DE COLOMBIA

Acta de Grado

Instituto Técnico Nacional de Comercio
Virginia Gómez

Aprobado por Resoluciones No. 2916 y 2917
del 16 de Marzo de 1982
Ciénaga - Magdalena

ACTA GENERAL DE GRADUACION No. 025.(11o.A.Tarde) 1.997.

En la ciudad de Ciénaga-Magd. a los 6 días del mes de diciembre del año de 1.997, atendiendo lo dispuesto en el numeral e), del Artículo 24 del Decreto 1860 de Agosto 3 de 1.994, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del INSTITUTO TECNICO NACIONAL DE COMERCIO "VIRGINIA GOMEZ" modalidad COMERCIAL, institución aprobada hasta NUEVA VISITA. en el nivel de Educación Media y autorizada por MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad COMERCIAL, según Resolución(es) Número(s) 2917 de marzo 16 de 1,982.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de: BACHILLER COMERCIAL, al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.
043.-	ZUÑIGA CAMACHO MAURIS CECILIA.-	

Es fiel copia tomada del Acta original No. 025.- de Fecha diciembre 6 de 1.997 que consta de 43 alumnos graduados, comienza con el nombre de ACOSTA MARQUEZ SANDRA PATRICIA. y se cierra con el nombre de ZUÑIGA CAMACHO MAURIS CECILIA.

firmado y sellado por Lic. CECILIA AVENDAÑO DE DEL TORO. (Rector) y ROSA ALICIA ZUÑIGA DE HERNANDEZ. (Secretario).

Dada en Ciénaga-Magd. a los 6 días del mes de diciembre de 1.99 7

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 11o. del Decreto 1860 del 3 de Agosto 1.994.

Firmado y Sellado

Powered by CamScanner

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡Un Nuevo concepto en Educación!

APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD SEGÚN ACUERDO 040 y
RESOLUCIÓN 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 DASED

Teniendo en cuenta que:

MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO

IDENTIFICADO (A) CON C.C 39.003.567de ciénaga magdalena

Aprobó los estudios programados por INSALUD y Cumplió los Requisitos exigidos por los Reglamentos internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional Técnico en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita
Dado en Santa Marta, a los 23 días del mes de Diciembre del 2008.

Director

Secretaria

Powered by CamScanner

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡Un Nuevo concepto en Educación!

APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD SEGÚN ACUERDO 040 y RESOLUCIÓN 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 DASED

ACTA No 28

En la ciudad de Santa Marta D.T.C.H., a los 23 días del mes de Diciembre del 2008, se reunieron con el fin de formalizar la ceremonia de certificación de los alumnos, el Director de la Corporación Educativa **INSALUD,** Institución aprobada por el MINISTERIO DE SALUD SEGÚN ACUERDO 040 Y RESOLUCION DE 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 DASED.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios programados por INSALUD y cumpliendo con los requisitos exigidos por los reglamentos internos, le confiere la presente certificación en TECNICO EN AUXILIAR EN ENFERMERIA, a el alumno cuyo nombre, apellido y numero de documento de identidad de relacionan a continuación:

MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO

C.C. No 39.003.567 de Ciénaga Magdalena

Firmado y sellado por el suscrito Director
Dado en Santa Marta D.T.C.H, a los 23 días del mes de Diciembre del 2008

FIRMADO Y SELLADO

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD

DIRECTOR

Powered by CamScanner

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 10428
"Por la cual se registra un título"
EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO**, identificado (a) con C.C N° 39.003.567 expedida en Ciénaga- Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para ejercer como **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, según Certificado de Aptitud Ocupacional Tecnica otorgado por La **CORPORACION EDUCATIVA "INSALUD"**, Santa Marta, Magdalena, según Acta N° 28 del día 23 de Diciembre de 2008.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO**, identificado (a) con C.C N° 39.003.567 expedida en Ciénaga- Magdalena, para ejercer como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 07 MAYO 2010

YESID SANGREGORIO RAMOS
Secretario de Salud del Magdalena

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

Powered by CamScanner

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

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 *: 39003567

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *

Cambiar

4897

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-03-12→11:46:49 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	39003567	MAURIS	CECILIA	ZUÑIGA	CAMACHO	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) MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO identificado(a) con CC 39003567 registra La siguiente información:

2024-03-12→11:46:49 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2010-05-07	10428	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso

CIES

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO

Cedula de Ciudadanía N° 39.003.567

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: 40 HORAS

Otorgado el 5 de Diciembre del 2020

Firma y RUT del Instructor
Enfermera U. Simón Bolivar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Código de verificación: AVVS201496-1807

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO

Con Cédula de Ciudadanía No. 39003567

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

6907995 - 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 952900260686CC39003567C.

Powered by CamScanner

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO

Cedula de Ciudadanía N° 39.003.567

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: 48 HORAS

Otorgado el 12 de Diciembre del 2020

Firma y RUN del Instructor

Validez 2 Años

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Código de verificación: SVCA20455-726

Consultor Integral En Salud

Por medio de solicitud al correo:
mercadeocies@outlook.com
o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974
Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código

Código de Verificación: SVCA20455-726

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

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

Mauris Cecilia Zuñiga Camacho

CC 39003567 de Ciénaga - magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-09-08
Fecha de vencimiento: 2025-09-08

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

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

Certifica

Mauris Cecilia Zuñiga Camacho

CC 39003567 de Ciénaga - magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-06-16
Fecha de vencimiento: 2025-06-16

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

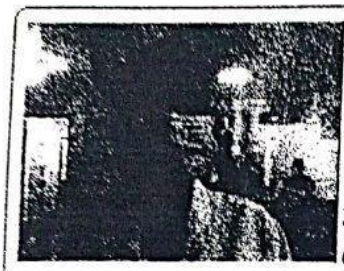
DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Certificado de Aptitud Laboral Consulta

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 09/Dic/2020, **Hora:** 10:51:29 a.m.
Apellido: Zuñiga Camacho **Nombre:** Mauris Cecilia
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39003567
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Lugar:
Direccion: Calle 30 No. 8-15 Cienaga
Telefono: **Celular:** 3045943753 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 53 Kg **Estatura:** 1565 Cm **IMC:** 0.22 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Nueva Eps **ARL:** Colmena **AFP:** Porvenir

HC: # 61979
Edad: 43 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 26/Sep/1977
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

Observaciones

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

Mauris Cecilia Zuñiga Camacho
CC 39003567

Huel
Digit

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 39003567 **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 11:29 AM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

EL SUSCRITO 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, **MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **39.003.567** expedida en Ciénaga (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **2245** de fecha 04 de Septiembre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Septiembre al de Septiembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
2. No. **2881** de fecha 06 de Octubre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de Octubre al 30 de Noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
3. **ADICION Y PRORROGA** No. 001 de la orden de prestación de servicio No. **2881** de fecha 29 de Noviembre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de al 31 de Diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
4. No. **635** de fecha 04 de Enero de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Enero al 30 de Enero de 2018, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
5. No. **776** de fecha 15 de Marzo de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 15 de Marzo al 30 de Junio de 2018, por un valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($4.200.000).
6. No. **1196** de fecha 03 de Julio de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Julio al 30 de Septiembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
7. No. **2051** de fecha 01 de Octubre de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
8. No. **239** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Enero hasta el 30 de Junio de 2019, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).
9. No. **1491** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
10. No. **2205** de fecha 01 de Noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).
11. No. **473** de fecha 02 de Enero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril 2020, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
12. No. **1646** de fecha 14 de Mayo de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 14 de Mayo al 30 de Junio 2020, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

13. No. **2269** de fecha 01 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
14. No. **3014** de fecha 01 de Octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
15. No. **539** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
16. No. **975** de fecha 01 de Abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
17. No. **2278** de fecha 01 de Julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de septiembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
18. No. **3700** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
19. No. **167** de fecha 01 enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2022, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
20. No. **1618** 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 de SEIS MILLONES DE PESOS ($6.00.000).
21. No. **3217** de fecha 03 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 08 de agosto al 31 de diciembre de 2022, por un valor de NUEVE MILLONES DE PESOS ($9.000.000).
22. No. **774** de fecha 02 de Enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 11 de Enero al 28 de febrero de 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
23. No. **1317** de fecha 01 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de marzo al 31 de mayo de 2023, por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($5.400.000).
24. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. 1317,** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1.800.000).
25. No. **2353** de fecha 04 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de julio al 31 de julio de 2023, por un valor de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1.800.000).

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

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los seis (06) días del mes de julio de 2023.

JARID YESID THOMAS PADILLA.
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

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

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

Su Allado Laboral S.A.S

Nit 900.507.099-0

A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente hacemos constar que la señora. **MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO** Identificado con la cédula de ciudadanía Nº c.c. **39, 003,567** labora en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que dure la obra o labor determinada, en la ORGANIZACIÓN **CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A. PROGRAMA FONCOLPUERTO MAGDALENA** como trabajador en misión desde el 09 de mayo de 2018

Devenga un salario mensual de: **$ 828.116oo**

Desempeña el cargo de: **AUX DE ENFERMERIA**

Se expide la siguiente certificación a solicitud del interesado a los 23 días del mes de marzo de

2.019.

Atentamente,

MONICA CAMPO PALMA
Representante Legal

Cra. 57 No. 72-44 Tel.3689836-3689831
Barranquilla - Colombia

Powered by CamScanner

esimed
NIT 800.215.908-8

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)

NIT. 800.215.908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina KACTUS; el (la) Sr (a). **MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **39.003.567**, laboró en esta entidad desde el día **28 de abril de 2016** al **27 de abril de 2017** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con contrato a término **Fijos.**

Para constancia, se expide la presente certificación al 11 de mayo de 2017.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext: 6520 -6519.

Cordialmente,

LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.
Subdirectora Nacional de Talento Humano

Elaboro. Jessica Muñoz Bustacara – Auxiliar de Nómina

COSTA ATLANTICA

Powered by CamScanner

CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.
NIT: 900520510-0

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

DE
CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE
Nit 900.520.510-0

CERTIFICA QUE:

El funcionario **MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO** identificado(a) con C.C **39003567** , se encuentra vinculado a la clínica en el cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** , desarrollando actividades propias del ejercicio de salud.

Se expide la presente certificación para identificación como personal de la salud de acuerdo a medidas de aislamiento preventivo en todo el país, a los veinticinco (25) días del mes de marzo de 2021.

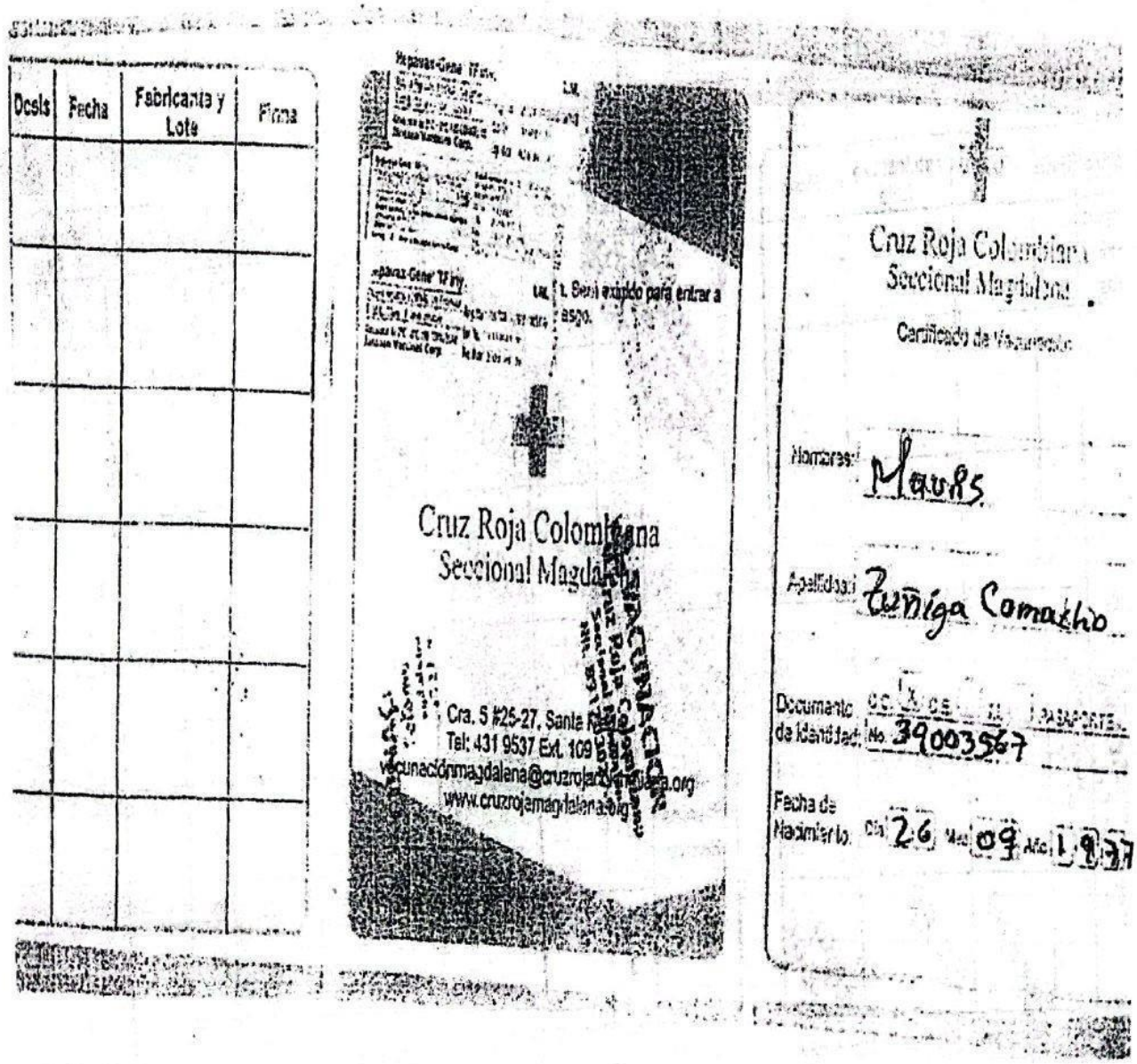
Cordialmente,

Gestión Hospitalarios del Caribe NIT 900.520.510-0 RECURSOS HUMANOS SANTA MARTA

DIANA PATIN AVILA
Coordinadora de Talento Humano
Centro Hospitalario del Caribe

Elaboró: Daniela Campo
Auxiliar de Talento Humano

Powered by CamScanner



Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cra. 5 #25-27, Santa Marta
Tel: 431 9537 Ext. 109
vacunacionmagdalena@cruzrojamagdalena.org
www.cruzrojamagdalena.org

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Certificado de Vacunación

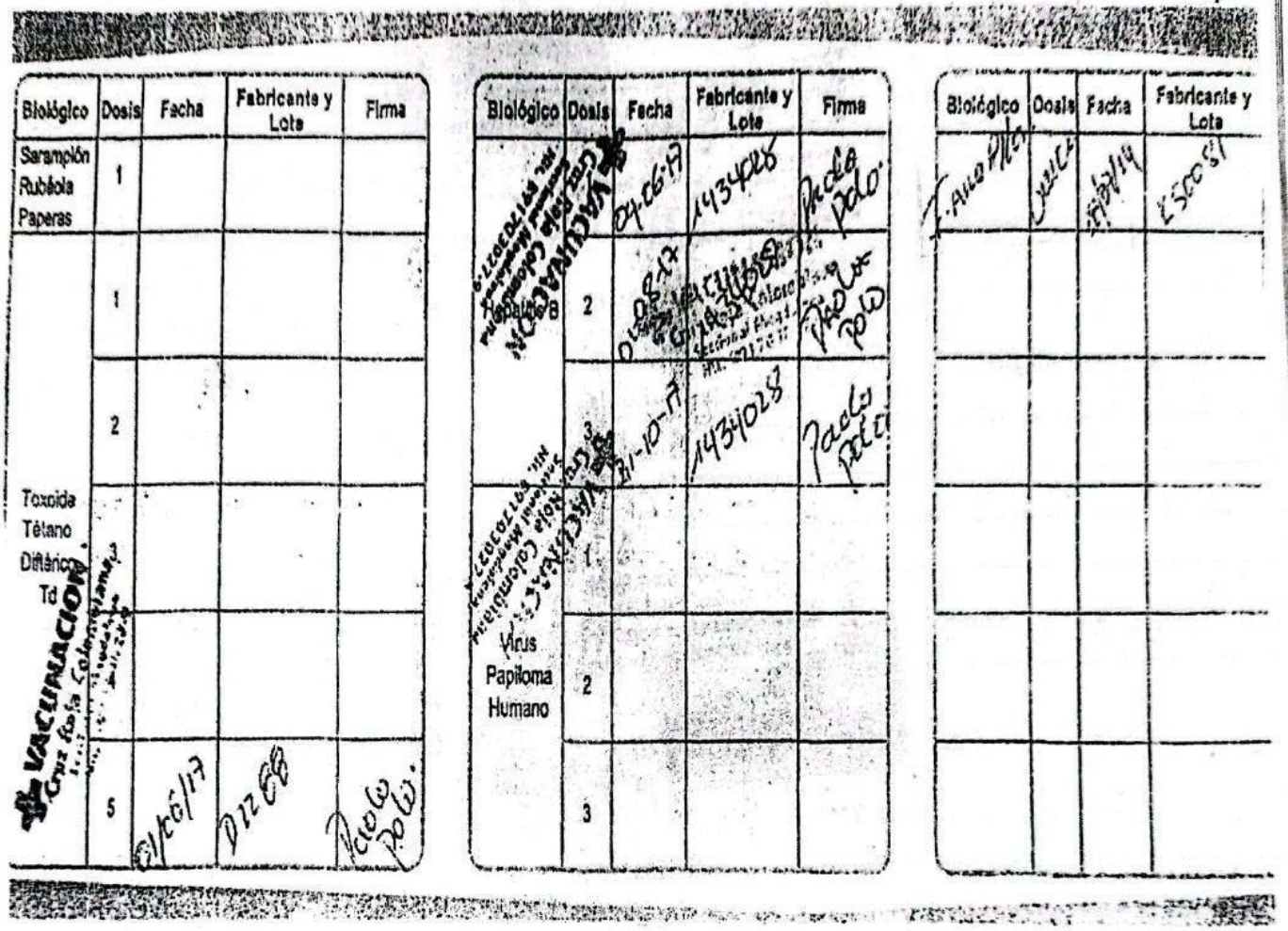
Nombres: Mauris

Apellidos: Zuñiga Camacho

Documento de Identidad: CC X CE TI PASAPORTE
No. 39003567

Fecha de Nacimiento: Día 26 Mes 09 Año 1977

Powered by CamScanner



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola Paperas	1			
	1			
	2			
Toxoide Tétano Diftérico Td	3			
	5	6/06/17	D12C68	Paola Polo

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
		04-06-17	1434C8	Paola Polo
	2	01-08-17	1434C8	Paola Polo
	3	31-10-17	1434028	Paola Polo
Virus Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote
T. Ana Pilar	Unica	19/12/14	2500 SI

Powered by CamScanner

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	2023-02-11 12:24

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MAURIS	CECILIA	ZUÑIGA	CAMACHO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	39003567

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CIENAGA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CIENAGA

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:

Powered by CamScanner

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.800.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

Powered by CamScanner

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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:

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO identificado(a) con CC 39003567 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/08/2019**

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA-CIENAGA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE , a los 12 días del mes 03 del año 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

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:

MAURIS CECILIA ZUÑIGA CAMACHO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.003.567**, 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.

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Mauris Cecilia Zuñiga Camacho

Sexo: M [ ] F [X]

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. [X] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ]	39003567	Ciénaga Magd	17-04-1996

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	Familia	Rural	Urbano
X							X					X		

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
26 09 1977	Ciénaga	Calle 30 # 8-15 B-Carreño	Ciénaga	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
mauriscecilia10@Gmail.com	3003512494	

Ocupación (Seleccione)							Actividad Principal CIIU
Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado			8 6 9 2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	Apoyo Terapeutico

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio					Cargo	
HUJMB	Publica	X	Privada	Mixta	Otra, cual?	Auxiliar de Enfermeria	
Dirección de empresa o negocio			**Ciudad**		**Barrio**		**No. Teléfono**
Cra. 14-23-42 Alcazarez			Santa Marta		Alcazares		4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? N/A

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? N/A

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. 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

Mauris Zuñiga Camacho

5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner