REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.845.730**

FIHOLL JIMENEZ

APELLIDOS

BETZA DOLORES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-JUL-1964**

PUEBLOVIEJO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

05-DIC-1983 PUEBLOVIEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00159904-F-0026845730-20090623 0012766223A 1 4440102540

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Betza Dolores Fiholl Jiménez, Identificado con Cédula No. 26.845.730 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: Betza Fiholl Jimenez

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		X
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	X	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		X
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		X
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**	X	
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	X	
15	Tarjeta Profesional	X	
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		X
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	X	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		X
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		X
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		X
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		X
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	X	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE 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	

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **26845730**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	26845730	FIHOLL	JIMENEZ	BETZA	DOLORES	22/09/21

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS

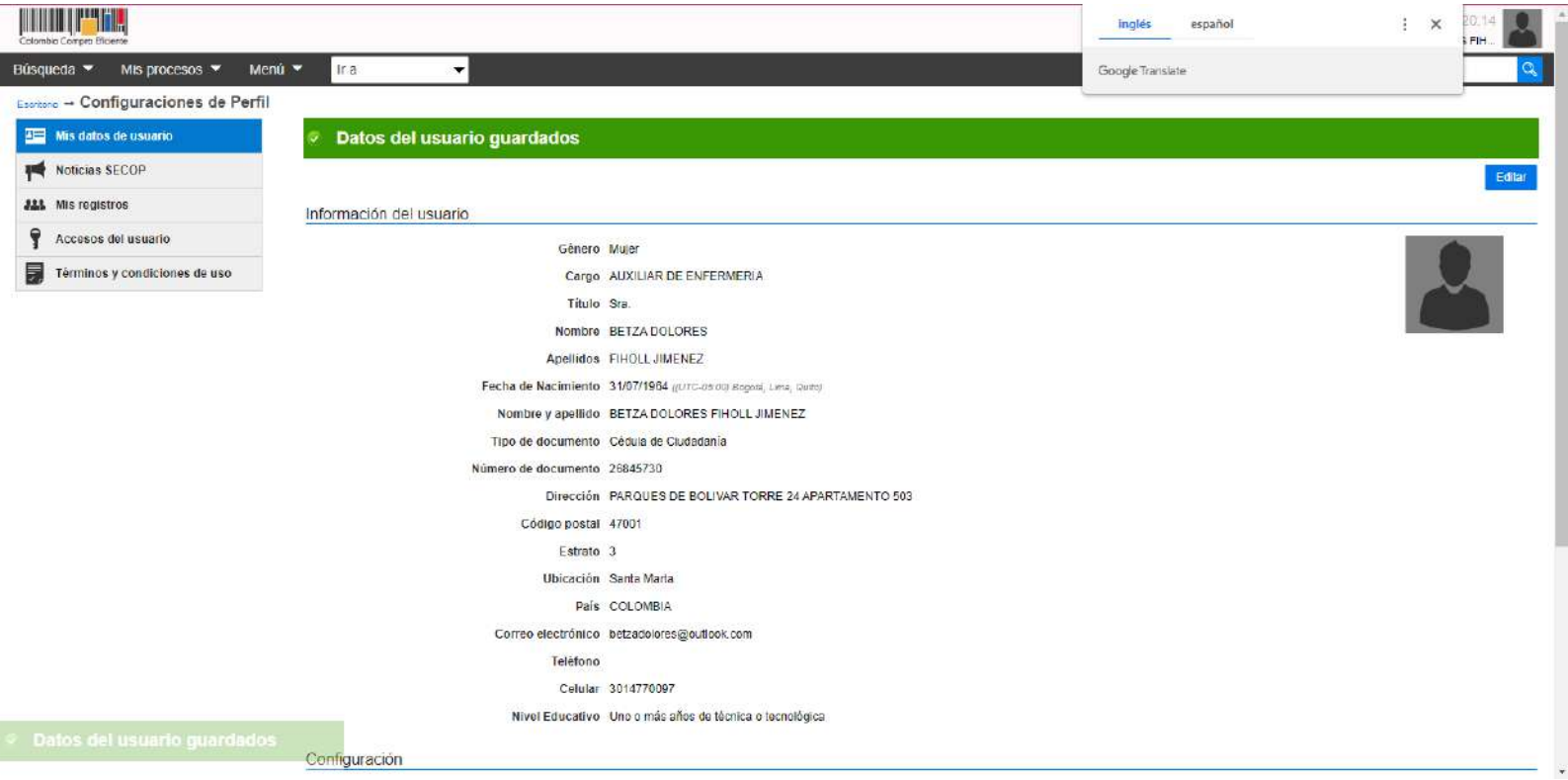
CODIGO: GJC18F
VERSION: 02
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023
PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a). Betza Dolores Fitoll Jimenez identificado con C.C./C.E./P.P No. 26.845.730 expedida en Plato, 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 20 del mes de MARZO de 2024

Firma Betza Fitoll
Nombre Betza Dolores Fitoll Jimenez
Cédula 26.845.730


Colombia Compra Eficiente
inglés
español
Google Translate
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Datos del usuario guardados
Editar
Información del usuario
Género Mujer
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título Sra.
Nombre BETZA DOLORES
Apellidos FIHOLL JIMENEZ
Fecha de Nacimiento 31/07/1984 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 26845730
Dirección PARQUES DE BOLIVAR TORRE 24 APARTAMENTO 503
Código postal 47001
Estrato 3
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico betzadolores@outlook.com
Teléfono
Celular 3014770097
Nivel Educativo Uno o más años de técnica o tecnológica
Datos del usuario guardados
Configuración

D.T.C.H SANTA MARTA MARZO DEL 2024

GERENTE

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Cordial Saludo

A solicitud de su respuesta de institución yo BATZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ con C.C N. 26845730 expendida en la cuidad de PLATO le solicito a usted dejarme ingresar como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el area de psiquiatría espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empres

Atentamente

BATZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ
C.C 26845730
DIRECCION: PARQUE BOLIVAR TORRES 24 APT 503
EMAIL: BETZADOLORESFIHOLL@OUTLOOK.COM
TEL: 3014770097

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14322639641

(415)7707212469984(8020) 000001432263964 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
26845730	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	19	

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 13	26845730	1983/12/05

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Pueblo Viejo 570

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FIHOLL	JIMENEZ	BETZA	DOLORES

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

41. Dirección principal: CR 25 46 B 83 BRR VILLA DE SANTA CRUZ

42. Correo electrónico: fiholjime@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3014770097	

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
8692	2010/06/03					5132	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2014 - 12 - 16

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: ARROYO DUQUE BENIVALDO SEGUNDO
985. Cargo: Analista V

Fecha generación documento PDF: 07-09-2023 08:29:08AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

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
Fiholl	Jimenez	Betza

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 26845730

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 31 MES 07 AÑO 1964

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: PUEBLOVIEJO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

- CALLE 5 No. 4 - 44 BARRIO NUEVO ORIENTE PUEBLO VIEJO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3014770097 EMAIL: betzadolores@outlook.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	2001
										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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			04	1999	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 CARRERA 14 ESQ					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 CARRERA 14 ESQ.					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HUJMB			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 KRA 14 ESQUINA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2015	*Día*	07	*Mes*	03	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITURO NEUROCIENCIASDEL CARIBE LTDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2002	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 12 N 17 46					

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	4

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, 04 de diciembre de 2023

BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ

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
Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena
y en su nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena
"Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ

Titular de la C.C. Nº 26.845.730 expedida en Pueblo Viejo.

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecidos por el Ministerio de Salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 02 del 23 de Diciembre de 1992

Directora del Cesmag

Dir. del Servicio Secc. de Salud del Magd.

Secretaria Académica

Santa Marta, 30 de Abril de 1999

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG.) "GABRIEL ANGULO"
CALLE 23 No.12-90 SANTA MARTA
TELEFONO 4215776 - FAX 4234530
ORDENANZA No. 020 DIC. 23-92
NIT: 891-780-117-1

ACTA DE CERTIFICACION No.83

En la ciudad de Santa Marta, a los 30 dias del mes de abril del año 1998 se reunieron, con el fin de formalizar la certificación de los alumnos del curso de AUXILIARES DE ENFERMERIA con METODOLOGIA a DISTANCIA, los suscritos Directora y Secretaria de la Escuela de Auxiliares de Enfermeria CESMAG. "Gabriel Angulo". Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA con METODOLOGIA a DISTANCIA, según Resolución No. 2182 de Agosto 8 de 1968. Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los Alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA con METODOLOGIA a DISTANCIA (Santa Marta) al alumno cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación, FIHOLL JIMENEZ BETZA DOLORES, identificado con la cédula de ciudadania No26.845.730 expedida en Pueblo Viejo, Es fiel copia de su original, con fecha abril 30 de 1.998, que consta de 45 alumnos e inicia con el nombre de ALTAMAR IDALIDES MARINA y termina con el nombre y apellido de ZUÑIGA TORRES ELISA MARIA.

Firmado y sellado por LUZ STELLA DURAN MANJARRES, Directora y MERCEDES OLANO RODRIGUEZ, Secretaria Academica

Dado en Santa Marta, a los Treinta (30) dias del mes de abril de Mil Novecientos Noventa y Nueve (1.999).

Firmado y sellado

LUZ ESTELA DURAN MANJARRES
Directora.

MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Secretaria Academica.

C E S M A G
DIRECTOR

República de Colombia
Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena

y en su nombre

El Centro de Educación en salud del Magdalena "Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

BETZA FIHOL JIMENEZ

Titular de la C. C. Nº 26.845.730 *Expedida en* Pueblovieja

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

PROMOTOR DE SALUD

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Director de C.E.S.A.M.A.G

Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Secretaria Académica

Santa María, 08 DIC 1993

Número de orden 09

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA

EL LICEO JORGE ELIÉCER GAITÁN

CODIGO ICFES 084913

Autorizado según resolución 336 de julio 16 de 1998, para expedir certificaciones y títulos de Bachillerato Académico, en la Modalidad Semipresencial y de Promoción Flexible para adultos en la Educación por Ciclos Lectivos Especiales Integrados y de Media Académica, normatizado en el decreto 3011 de 1997.

ACTA DE GRADUACIÓN

En atención a que FIHOLL JIMENEZ BETZA DOLORES identificada cc. 26.845.730 expedida en Pueblo Viejo - Magdalena. Cursó, cumplió y aprobó los requisitos establecidos en EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL, le expide el título de:

BACHILLER ACADEMICO

Registrado para efectos legales de conformidad con el decreto 921 de mayo 6 de 1994 en el Libro de Actas de Graduación No.001. Acta General No.007 Folio No.07 del 15 de diciembre de 2001.

Para constancia se firma en Santa Marta, a los 15 días del mes de diciembre del 2001.

JORGE ELIÉCER VACCA ESCOBAR
Rector
cc.7.432.111 B/quilla

LICEO JORGE ELIECER GAITAN
Rector

MARÍA E. MÁRQUEZ ZALDÚA
Secretaria Académica
cc.36.524.719 de Santa Marta

República de Colombia

Departamento del Magdalena
Santa Marta D.T.C.H.

Liceo Jorge Eliécer Gaitán

Colegio de Bachillerato de Educación Formal, con Modalidad Académica, sistema Semipresencial, con Promoción flexible para jóvenes y Adultos de acuerdo con los lineamientos de la Ley General de Educación y el decreto reglamentario No 3011 de diciembre 19 de 1997, y con Reconocimiento Oficial según Resolución 336 de julio 16 de 1998 del Departamento Administrativo de Educación y Cultura del Distrito de Santa Marta, Código ICFES 084913

Confiere a:

Betza Dolores Ribon Jiménez

Documento de identidad No.26.845.730 de Pueblo Viejo - Magdalena

Humanidad Libertad y Pensamiento.

EL TITULO DE

Bachiller Académico

Por haber alcanzado los logros en el ***CICLOS LECTIVOS ESPECIALES DE MEDIA ACADÉMICA***, de acuerdo con lo establecido en el ***PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL.***

Registrado para efectos legales de Conformidad con el Decreto Nacional No.921 de mayo 6 de 1994 en el libro de Actas de graduación No.001, Acta General No.007. Folio No.07 No. de orden 09, del 15 de diciembre del año 2001

Santa Marta, Distrito Turístico. Cultural e Histórico, Diciembre 15 del año 2001

JORGE ELIECER VACCA ESCOBAR
C.C. No.7.432.111 de Barranquilla
RECTOR

LICEO JORGE ELIECER GAITAN
Rector

MARIA ELENA MÁRQUEZ ZALDÚA
C.C. No.36.524.719 de Santa Marta
SECRETARIA

Universidad del Magdalena

CAPACITACIÓN "ACTUALIZACIÓN DE CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL"

Certifica que:

Betza Fiholl

Ha participado en calidad de asistente en la CAPACITACION ACTUALIZACION DE CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL con una intensidad de 24 horas, que se llevó a cabo del 3 al 29 de noviembre de 2015 en el hospital Fernando Troconis, Santa Marta D.T.C.H.- Colombia.

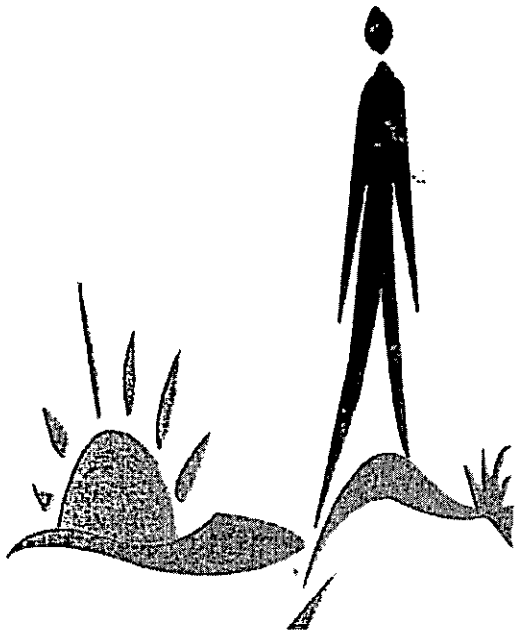
EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ
Directora del programa de Enfermería
Universidad del Maadalena

TATIANA GONZALES NOGUERA
Docente asociada Universidad del Magdalena

DROGODEPENDENCIAS

ACTIVIDADES DE CAPACITACION Y ACTUALIZACION A PERSONAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL MAGDALENA Y LA GUAJIRA

Promoción - Prevención - Diagnóstico
Rehabilitación - Reinserción Social e
Investigación en el Siglo XXI



FONDO NACIONAL
DE ESTUPEFACIENTES
MINISTERIO DE SALUD

CENTRO DE REHABILITACION Y DIAGNOSTICO "FERNANDO TROCONIS"
E.S.E.

República de Colombia

Ministerio de Salud

Fondo Nacional de Estupefacientes

E.S.E. Centro de Rehabilitación y Diagnóstico "Fernando Troconis"
Unidad de Atención Integral a las Conductas Adictivas - UAICA.

Certifica la Asistencia de:

Betza Tihall Jimenez

Celebrado en Santa Marta los días 21 y 22 de junio de 2001,
con una intensidad de 16 horas.

Rubén Gámez Barrera
Gerente E.S.E. Centro de Rehabilitación
y Diagnóstico "Fernando Troconis"

Alfredo Apreza García
Coordinador UAICA

SEGURO SOCIAL

Protección Laboral

Administradora de Riesgos Profesionales

CERTIFICA:

Que el Señor (a) *BELZA FIOR*

Participó en el Seminario

ACTUALIZACION EN RIESGOS PROFESIONALES Y PENSIONES

Marzo 25 y 26 de 2004

Santa Marta, D. T. C. H.

NELSON VIVES LACOUTURE	*SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE*	*MARIA DEL C MANCILLA*
Gerente Seccional	Jefe Dpto. Riesgos Profesionales	Conferencista

E.S.E CENTRO DE REHABILITACIÓN Y DIAGNOSTICO "FERNANDO TROCONIS"

Certifica que:

BETZA FIHOLL

Asistió a la:

IV JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Con una duración de 16 horas.

Neurociencias aplicadas en la práctica clínica.

Santa Marta los días 12 y 13 de agosto de 2005.

JUAN ELJADUE E.

JUAN ELJADUE GUTIÉRREZ MD
Gerente

BEATRIZ H. CAAMAÑO LEÓN MD
Psiquiatra
Coordinadora del Evento

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

Certifican que:

BETZA FIHOL JIMENEZ

Participó en calidad de Asistente en el
II Congreso de Actualización Orientado al Cuidado de Enfermería
II Encuentro de Investigación en Enfermería
Realizado en Santa Marta los días 28 y 29 de Mayo del 2009

MONICA CABALLERO ZAMBRANO
Coordinadora del Programa de Enfermería

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

VICERRECTORIA DE DOCENCIA
FACULTAD DE SALUD

Certifican que:

BETZHA FIHOL JIMENEZ

Participó como:

Asistente a la capacitación en Ofimática Aplicada Con una intensidad de 40 horas.

Dado en Santa Marta a los 28 días del mes de Abril

Ing. JULIO JOSE AARON SOSSA
Tutor

Ing. EDWIN GUTIÉRREZ BOTO
Tutor

Dra. IVONNE BRITO
Docencia de Servicio

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

Certifican que:

Betza Kittoll

Participó en el I Taller de Actualización del Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud "MIAS" el 20 de mayo de 2016 con una intensidad de 4 horas

Ediltrudis Ramos
Directora Programa de Enfermería

Aura Daza
Coordinadora Área de Enfermería

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 699
"Por la cual se registra un título"
EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) FIHOLL JIMENEZ BETZA DOLORES, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 26,845,730 expedida en Pueblóviejo - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la AUTORIZACION para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS otorgado por EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificados No. 083 del dia 30 de Abril de 1999.

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a FIHOLL JIMENEZ BETZA DOLORES, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 26,845,730, expedida en Pueblóviejo - Magdalena, para desempeñarse como AUXILIAR DE 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 25 MAY 2011

STEVENSON MARULANDA PLATA
Secretario Seccional de Salud de Magdalena

Proyectado: GERMAN NAVARRO – Profesional
Revisado por: MONICA PALACIOS POLANIA- Profesional Especializado

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

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.



Cambiar

6078

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-09-08→12:23:02 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	26845730	BETZA	DOLORES	FIHOLL	JIMENEZ	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) BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ identificado(a) con CC 26845730 registra La siguiente información:

2023-09-08→12:23:02 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	2011-05-25	699	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).

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225307-2018

CERTIFICA QUE:

BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ

C.C. N° 26845730

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

ENTHA | EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO
Centro Internación De Entrenamiento En Emergencias Y Urgencias.

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN
PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

CERTIFICA QUE

BETZA DOLORES FIHOLL JIMNEZ
I.D. N° 26845730

CURSÓ Y APROBÓ EL

Curso de Soporte Vital Cardiopulmonar Básico (BLS) Para Tecnólogos, Técnicos Y Auxiliares En Salud

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capitulo y numeral 8 del ministerio de educación nacional. Bajo los parámetros establecidos por I.L.C.O.R, American Heart Association y European Resuscitation Council 2020-2025 y según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 18 De Marzo De 2022

Con una intensidad horaria de 24 horas academicas

REG:
3ed25344edebfff5

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS

www.enthaltda.com.co

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Betza Dólares Fiholl Jiménez

CC 26845730 de Pueblo Viejo - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado de competencias esenciales para el cuidado del donante con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-05
Fecha de vencimiento: 2025-06-05

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Betza Dólares Fiholl Jiménez

CC 26845730 de Pueblo Viejo - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-06-07
Fecha de vencimiento: 2025-06-07

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Betza Dólares Fiholl Jiménez

CC 26845730 de Pueblo Viejo - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-06-03
Fecha de vencimiento: 2025-06-03

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

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



Fecha: 07/Sep/2021, **Hora:** 09:54:44 a.m.
HC: # 66094
Apellido: Fiholl Jimenez **Nombre:** Betza Dolores
Edad: 57 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 26845730
Sexo: Femenino
Empresa: Particular **Nacim:** 31/Jul/1964
Cargo: Auxiliar Enfermeria Area Psiquiatria **Rh:** A+
Direccion: Urbanizacion Torres De Bolivar Bloque 11 Apto 104
Telefono: **Celular:** 3014770097 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 88.9 Kg **Estatura:** 158 Cm **IMC:** 35.6 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Nueva Eps **ARL:** Positiva **AFP:** Sin Definir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Con Recomendaciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Debe Bajar De Peso
Control De Tension Arterial Por 8 Dias
Realizar Pausa Activas
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/
Se Sugiere Control Y Seguimiento De La Ta Con Su Eps/
Dieta Balanceada
Mejorar Habitos Alimneticios.

Observaciones

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

Betza Fiholl

Betza Dolores Fiholl Jimenez
CC 26845730

Huell
Digit

Powered by CamScanner

INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN "INSECAR" S.A.S
Nit. 819006193-1
Av. Del Libertador No. 15-61Tel-Fax: 4215937 Santa Marta

CERTIFICA:

Que el señor (a) BETZA FIHOLL JIMENEZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 26.845.730 expedida en Santa Marta, labora en esta entidad en el cargo de Auxiliar de Enfermería desde el mes de Octubre de 2009 hasta la fecha.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada a los nueve (9) días del mes de Mayo de 2013.

Instituto Neuropsiquiatrico
Nuestra Señora del Carmen
"INSECAR"
NIT. 819.006.193-1

CARLOS MEJIA FONTALVO
JEFE RECURSOS HUMANOS INSECAR

Instituto Neurociencias del Caribe Ltda.

Santa Marta, 18 De Enero Del 2009

EL SUSCRITO GERENTE DEL
INSTITUTO NEUROCIENCIAS DEL CARIBE LTDA.
NIT. 819.004.289-0

HACE CONSTAR:

Que la señora **BETZA FIHOLL JIMENEZ** identificada con cedula de ciudadania No. 26.845.730 expedida en Pueblo Viejo (Magdalena), laboro en esta institución desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** desde el 01 de Enero del 2002, hasta el dia 30 de diciembre del 2009, fecha en la cual se dio por terminado su contrato laboral con nuestra institución.

Se expide el siguiente certificado a solicitud del interesado a los Dieciocho (18) dias del mes de Enero (01) del año dos mil Diez (2010).

Atentamente,

JOSE DEL CARMEN BORNACELLY TERNERA
GERENTE

INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN "INSECAR" S.A.S
Nit. 819006193-1
Av. Del Libertador No. 15-61Tel-Fax: 4215937 Santa Marta

CERTIFICA:

Que el señor (a) BETZA FIHOLL JIMENEZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 26.845.730 expedida en Santa Marta, labora en esta entidad en el cargo de Auxiliar de Enfermería desde el mes de Octubre de 2009 hasta la fecha, devengando un salario promedio de $ 1.050.000, incluido horas extras y recargo.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada a los nueve (9) días del mes de Mayo de 2013.

Instituto Neuropsiquiatrico
Nuestra Señora del Carmen
"INSECAR"
NIT. 819.006.193-1

CARLOS MEJIA FONTALVO
JEFE RECURSOS HUMANOS INSECAR

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 26845730 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 20/03/2024 03:22 PM

Código Verificación: **3N1WHB28LF**

Válida hasta: **18/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Betza Dolores

Apellidos: Tiholl Jimenez

Documento de identidad: C.C. V T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 26845730

Fecha de nacimiento: Día 31 Mes 07 Año 1964

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	07/09-21	UPX20003	Bolaños M.
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	R1	14-4-18	Glaxo V5021016	Lisbeth R.
	R2	07-09-21	V5021008	Bolaños M.
Virus de Papiloma Humano				

VACUNACION
Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena
Nit. 891703027-9

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	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-15 11:43

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
BETZA	DOLORES	FIHOLL	JIMENZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	26845730

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	PUEBLOVIEJO

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	HUJMB

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	
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	$1.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$1.500.000,00

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
NINGUNO	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] 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:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ identificado(a) con CC 26845730 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/04/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN JOSE DE PUEBLO VIEJO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 15 días del mes de marzo 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
Nueva EPS S.A

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ, identificado(a) con Documento No. 26,845,730, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Ago.17/21	DEVOLUCION_SALDOS	$29,889,535.00

Así las cosas el(la) Señor(a) BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 31 días del mes de Agosto de 2021.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Escaneado con CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ** identificado con **CC** No. **26845730**, registra la siguiente información.

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

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013341225.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	YANETH JUDITH HERRERA PION									Sexo			
										M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	39,096,676	PLATO	26/11/1996

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		2			X		X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
19 / 4 / 1977	PLATO	PARQUES DE BOLIVAR ETAPA 3 TORRE 9 APARTAMENTO 103	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
yaljud1377@hotmail.com	3048439685	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA

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
HUMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
KRA 14 No. 23-42	SANTA MARTA	ALCACERES	6054346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1,800,000	Total Egresos mensules	1,800,000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes / Año	Es declarante?	SI / NO X

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

NO

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

NO

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

SALARIO

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



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):

Powered by CamScanner