En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Carmen Alicia Peñalver Gómez, **Identificado con Cédula No.** 32653609 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 acontinuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Carmen Alicia Peñalver Gómez

	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 32.653.609

PEÑALVER GOMEZ
APELLIDOS

CARMEN ALICIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1961
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

26-JUN-1980 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2100100-51161611-F-0032653609-20071126 01195 07330A 02 229411486

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identicación

Veri car Registro

Has buscado el número de identi cación: 32653609

Resultados encontrados:

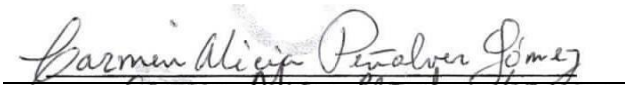
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	32653609	PEÃ‘ALVER	GOMEZ	CARMEN	ALICIA	2023-07-26, 11:26 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) Carmen Alicia Peñalver Gómez identificado conC.C./C.E./P.P No. 32653609 expedida en Santa Marta, 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 

Nombre Carmen Alicia Peñalver Gómez

Cédula 32653609

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	
Título	
Nombre	carmen alicia
Apellidos	peñalver gomez
Fecha de Nacimiento	22/09/1961 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	carmen alicia peñalver gomez
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	32653609
Dirección	
Código postal	
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	carapego23@gmail.com
Teléfono	
Celular	3152786116
Nivel Educativo	Uno o más años de técnica o tecnológica

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 el nombre de su abuelo?
Respuesta	fausto
SMS para recuperar la contraseña	3152786116

Editar

Santa Marta, marzo 2024

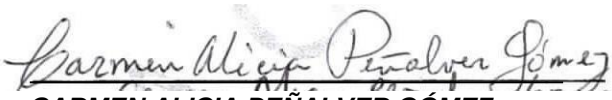
CARMEN ALICIA PEÑALVER GÓMEZ
C.C. 32.653.609
Dirección: Calle 5 #14ª-32 barrio 20 de julio
Correo: carapego23@gmail.com
Cel: 3152786116

Doctor
German Gaviria Vargas
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo

Muy respetuosamente me dijo a usted con el fin de presentarle como AUXLIAR DE ENFERMERIA, el cual desempeñaré a cabalidad con todas las funciones que sean asignadas permitentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta.



CARMEN ALICIA PEÑALVER GÓMEZ

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 149141350298

(415)7707212489984(8020) 000001491413507 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 2 6 5 3 6 0 9	3	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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	32653609	1980, 06, 26

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlantico 1 3	Barranquilla 2 4 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEÑALVER	GOMEZ	CARME	ALICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 5 # 14 A 132

42. Correo electrónico: carpego1@outlook.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
4 0 0 0 1	3 1 5 2 7 8 6 1 1 6	

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	2012 12 05						

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: 3 | 61. Fecha 2023 - 07 – 26

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: CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ

985. Cargo: Contribuyente

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 26-07-2023 03:18:31PM

REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
PEÑALVER	GOMEZ	CARMEN ALICIA

C.C. (●) C.E. ( ) PAS ( ) 32.653.609 — SEXO: F X M — NACIONALIDAD: COLOMBIANA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE — Nº — D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 2 2 MES 0 9 AÑO 19 61

PAÍS

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 5 # A 132 BRR 20 DE JULIO

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3152786116 — EMAIL: carpeo1@outlook.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES 12 30 AÑO 1 9 8 0
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TECNICA	3	X		TECNICO AUX EN ENFERMERIA	8	2009	9615

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR **[R]**, BIEN **[B]**, O MUY BIEN **[MB]**

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX EN ENFERMERIA	PSIQUIATRIA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	4 AÑOS	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) E ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA.

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

Carmen Alicia Peñalver Gómez

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



República de Colombia

Departamento del Atlántico

El Colegio Sofía Camargo de Lleras

Aprobado por Resoluciones Nos. 3968 del 26 de Octubre de 1.933 y 3540 del 26 de Octubre de 1.965 del Primero y Segundo Ciclos de Enseñanza Media, respectivamente, emanada del Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que:

CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ

Cursó y Aprobó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación Media de acuerdo con el Decreto No.080 de 1.974 y Resoluciones reglamentarias,

le confiere el título de:

Bachiller

Firma y Sello

BARRANQUILLA

Secretaría,

Sofía Camargo de Lleras

Firma y Sello

Barranquilla, 30 de DIC de 1.980

Gobernación del Departamento del Atlántico

Anotado al Folio 208 del Libro de Registro No. 4

Gobernador del Departamento

Secretario de Educación

El Jefe de Servicios Generales

Dado en Barranquilla, a 7 de [illegible] de 1.98[illegible]

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional
La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital según resolución No. 411 del 6 de Septiembre de 2000 y 1217 del 25 de Junio de 2007 y Acuerdos, expedidos por el Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud No. 38 y 40 de 2000

En Atención a que

CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ

Identificado (a) con C.C./T.I. 32.653.609 Expedida en Barranquilla (Atl.)

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación de instituciones de formación para el trabajo y desarrollo humano, conforme a la norma reglamentada por el decreto 114 de 1.996 artículo 13.

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional con Conocimientos Académicos como Técnico en:

Auxiliar de Enfermería

Intensidad Horaria 1800 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta,
El Día 29 del mes de Agosto del año 2009 Acta de Grado No. 0810

Como Notaria Tercera de ... hago constar que esta FOTOCOPIA concuerda con su original que he tenido a la vista,
16 OCT. 2009
OLGA CAMPO RODRIGUEZ
NOTARIA TERCERA
SANTA MARTA D.T.C.H.

Ana María García Bopano
Directora

Jairo García López
Coordinador Académico

Alexa Diazgranados Perea
Coordinadora Programa

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 0810

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 3:00 p.m. del día 29 de Agosto de 2009, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional y conocimientos académicos como Técnico en:

Auxiliar de Enfermería

A:

CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ

D.I.: 32.653.609, Expedido en: Barranquilla (Atl.)

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico.

Como Notario Tercero Encargado del
éste Circulo hago constar que esta
FOTOCOPIA coincide con el original
que he tenido a la vista.

10 DIC. 2009

HENRY ALBERTO NÚÑEZ
NOTARIO TERCERO ENCARGADO
SANTA MARTA D.T.C.H.

DIRECTOR ACADEMICO
ANA MARIA GARCIA BOYANO

COORDINADOR ACADEMICO
JAIRO GARCIA LOPEZ

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 9615

"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)**CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ** identificado (a) con CC. No. 32.653.609 expedida en Barranquilla --atlantico solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para ejercer según Certificado de Aptitud Ocupacional con Conocimientos Académicos como Técnico en **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** otorgado por **LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA "CETECOS"**, de Santa Marta - Magdalena, según Acta de certificados No. 0810 del día 29 de Agosto de 2009.
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 **CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ** identificado (a) con CC. No. 32.653.609 expedida en Barranquilla - Atlantico para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento del Magdalena.

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 10 DIC. 2009

YESID SANGREGORIO RAMOS
Secretario de Salud del Magdalena

Proyectado por: Johanna Muñoz Osorio
Revisado por: MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ- Profesional Especializado - Área de Calidad en Salud

Resultado General -2023-12-02--5:13:40 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	32653609	CARMEN	ALICIA	PEÑALVER	GOMEZ	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) CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ identificado(a) con CC 32653609 registra La siguiente información:

2023-12-02--5:13:40 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2009-12-10	9615	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).

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

Carmen Alicia Peñalver Gómez

CC 32653609 de Barranquilla, Atlántico

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS) con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-02
Fecha de vencimiento: 2025-12-02

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

Carmen Alicia Peñalver Gómez

CC 32653609 de Barranquilla, Atlántico

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: 2023-12-04
Fecha de vencimiento: 2025-12-04

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS 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

Carmen Alicia Peñalver Gomez

CC. 32.653.609 de Barranquilla

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de Emision 2023-07-25

Fecha de vencimiento 2025-07-25

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 Enfermeria
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

Carmen Alicia Peñalver Gomez

CC. 32.653.609

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto 1033 de 2014.
con un total de 120 Horas.

Fecha de emision: 2023-07-25

Fecha de vencimiento 2025-07-25

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
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

Carmen Alicia Peñalver Gomez

CC 32653609 de Barranquilla

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.

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

Fecha de emisión: 2023-07-28
Fecha de vencimiento: 2025-07-28

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS 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

Carmen Alicia Peñalver Gomez

CC 32653609

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

Fecha de emision: 2023 - 07 - 25

Fecha de vencimento : 2025 - 07 25

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

FUNDACION PROMOSALUD OCUPACIONAL
NIT 900300539 - 1 Código Prestador de Salud 470010098701
http://promosalud.org Cra 11 # 18-90 Barrio Territorial
Télefono 4233421 - 4214882 - 4309810 - 4202159 Celular 3042195412

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

CONCEPTO DE APTITUD

DATOS GENERALES

Tipo de evaluación	Fecha	Nro de Orden	Lugar de realización
EXAMEN BASICO SALUD OCUPACIONAL - INGRESO	26/07/2023	47	SANTA MARTA - MAGDALENA

Nombre de la empresa	Nombre de la empresa en misión	Actividad económica	Cargo
INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE		AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha y hora de calificación
26/07/2023 11:20:44

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	Tipo documento	Documento	Sexo	Fecha de nacimiento
Carmen Alicia Peñalver Gomez	Cédula de ciudadanía	32.653.609	F	22/09/1961

Edad	Dirección	Teléfono	Celular	Talla (mtr.)
61	Calle 5 # 14ª 132		315 278 6116	1.47

Peso (Kg.)	Grupo sanguineo	Empresa en misión
53	O +	

EXAMENES REALIZADOS

Examen Médico Ocupacional,

CONCEPTO DE APTITUD (Primera Instancia)

Apta en seguimiento

CONCEPTO DE APTITUD PARA TAREAS ESPECÍFICAS

Apta para AUXILIAR EN ENFERMERIA

Nombre: Leonardo Guzman Hincapie - C.C. 12541554
Especialidad: Médico - Salud Ocupacional
Registro Medico: 346 - Nro. de Licencia: 0248/2011

Paciente: Carmen Alicia Peñalver Gomez Cédula de ciudadanía: 32.653.609

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 32653609 **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 losaquí registrados.

Se expide en Bogotá el 12/03/2024 09:04 PM

Código Verificación: **PFYTW6N321**

Válida hasta: **11/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Carmen
Apellidos	Peñalver Gómez
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 32.653.609
Fecha de Nacimiento:	Día: 22 Mes: 09 Año: 1961

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	04/27/08	CNX C6023	
	2	DIC 2/08	CNX 06023	
	3	AGO 5/09	CNX 06025	

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

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-07-26 12:25

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARMEN	ALICIA	PEÑALVER	GOMEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	32653609

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	BARRANQUILLA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MANUEL	DAVID	NOYA	SANGUINO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 12540284

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:

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que PEÑALVER GOMEZ CARMEN ALICIA identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 32653609 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-32653609
NOMBRES Y APELLIDOS:	PEÑALVER GOMEZ CARMEN ALICIA
TIPO DE AFILIADO:	CABEZA DE FAMILIA
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	01/06/2020
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	SUBSIDIADO
NIVEL:	1
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	SANTA MARTA / MAGDALENA

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generacion: 12/03/2024
Codigo de verificacion: AFAF202200000522045
Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

Línea nacional: 018000111446
Correo: contacto@cajacopieps.com
www.cajacopieps.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **32653609,** se encuentra afiliado/a desde **28/05/1988** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de marzo de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC#
		VERSION: 002
		FECHA DE LA ULTIMA REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta - Magdalena		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: CARMEN ALICIA PEÑALVER GOMEZ												Sexo: M		F	X
Tipo de Documento: C.E.		C.E		T.I		R.C		PP		Numero		Expedida en: Barranquilla		Fecha de Expedición: 25 de 1980	
Estado Civil (Seleccione): Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Nivel educativo: Primaria		Bachiller		Tecnico		Universidad		No. Personas a cargo: 1		Tipo de Vivienda: Propia		Arrendada		Familiar		Zona Ubicación: Rural		Urbano	
		X										X															
Fecha nacimiento: 23		09		1961		Lugar de Nacimiento: Barranquilla				Direccion Domicilio: Calle 7 # 24 a 111 Los Rosales										Municipio / Ciudad: Santa Marta						Departamento: Magdalena			
Correo Electronico: [illegible]																				No. Celular: [illegible]						Telefono			
Ocupacion (Seleccione): Estudiante				Independiente				Empleado	X	Hogar				Jubilado						Actividad Principal CIIU									
Detalle Actividad Economica										Descripcion del CIIU																			

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio: Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	Cargo: Auxiliar de enfermeria
Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea								
Direccion de empresa o negocio	Ciudad: Santa Marta		Barrio					No. Telefono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes	Año	Es declarante?	SI / NO

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

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demas productos provenga de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi nombre efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, no 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 Mendez Barrenechea a o a quien represente sus derechos u obligue en el futuro la Calidad de acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquiera medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiero ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información u cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de relación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea. Las Para actualizacion, de cruces, supervision, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con la prescripción 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 consignen 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 morosidad crediticia.

Declaro que: 1) He verificado y actualizado oportunamente y a cuando me lo solicite, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea. 2) Mientras el vínculo se encuentre activo, actualizar, rectificar, modificar, retirar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea las copias soporte de esta información personal. 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. A) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barrenechea S.A.

FIRMA Y HUELLA

Carmen Alicia Peñalver Gómez

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento