

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONAL NATURAL ASISTENCIAL

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de Habeas data, YO, _____ con Cédula No. _____ y Profesión _____ con Tarjeta Profesional No. _____ AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE HUB ORUMA, en calidad de Responsable del Tratamiento de datos podrá VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, CEPAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalen a continuación, datos estos serán recolectados por el HUMB con fines de vinculación.

FIRMA: _____

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - DPA, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN. | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Solicitud de Vacante / Oportunidad | | |
| 2 | Hoja de Vida | | |
| 3 | Registro Profesional - Persona Natural – Disponible en: https://svc.hums.gov.co/procesos/procesos.php | | |
| 4 | Formato Consentimiento Informado – Consulta Base de Datos. Disponible en: https://humb.gov.co/gestion-institucional/consentimiento-informado | | |
| 5 | Cedula de Ciudadanía – Usuario SECTOR Particulares | | |
| 6 | Fotografía de Servicios Sitio Actual | | |
| 7 | Libreta Militar: Hombres mayores de 50 años | | |
| 8 | Licencia de Conducción: ASTRA CONDUCTOR DE AMBULANCIA | | |
| 9 | RUT - Registro Único Tributario (Año 2022) | | |
| 10 | Certificado Vida – Pensiones (Antes 1994) – Actualizado Mes Actual | | |
| 11 | Copia de Soportes académicos de pregrado y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especialización) | | |
| 12 | Certificado de antecedentes PERSONAL PROFESIONAL – Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermero (Nacional, Vigente – Mes Actual) | | |
| 13 | Certificado de Título Médicos Generales y Especialistas – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional | | |
| 14 | Autorización Departamental para ejercer profesión - Personal Asistencial | | |
| 15 | Hoja de Vida Personal | | |
| 16 | EPS: Personal Asistencial en general | | |
| 17 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $280.000.000 millones de pesos. Médicos y Especialistas | | |
| 18 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Ley 1146 de 2007 | Personal Asistencial | |
| 19 | Certificado de curso SOPORTE VITAL BÁSICO – Auxiliares de enfermería, Auxiliar sanitario, Vigencia no superior a 2006 (02 años) | | |
| 20 | Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos. Vigencia no superior a 2006 (02 años) | | |
| 21 | Curso básico Vital Asistido Pediátrico – PALS Pediatras. Vigencia no Superior a 2006 (02 años) | | |
| 22 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – NALS Ginecólogo. Vigencia no Superior a 2006 (02 años) | | |
| 23 | Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, incluido 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 | | |
| 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) | | |
| 26 | Certificación vigente de aprobación de la evaluación del componente Especialistas para el CUIDADO DEL PACIENTE Médicos Generales y Especialistas de las áreas de Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías | | |
| 27 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de Urgencias y Psicología Asistencial) | | |
| 28 | Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancias). Vigencia no Superior a 2006 (02 años) | | |
| 29 | Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0120 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Laborales médicos exigir actualización de evaluaciones médicas ocupacionales. Vigencia no superior a 1460 (04 años) | | |
| 30 | Inducción de experiencia laboral | | |
| 31 | Certificado Registro de Sanciones Administrativas Mortales. RESNH Disponible en: https://consultasmortales.policia.gov.co/ (envío registro en el año vig) | | |
| 32 | Antecedentes DISCIPLINARIOS de todo el personal asistencial | | |
| 33 | Formato "DECLARACIÓN DE SANAS Y BUENAS Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/SIGUNA/auth/login/loginUNICO.jsf (Persona antigua - formato diligenciado no mayor a dos (2) años | | |
| 34 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual) | | |
| 35 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual) | | |
| 36 | Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://humb.gov.co/gestion-institucional/sarlaft-y-corrupcion | | |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner









Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Ingrese número de identificación

Has buscado el número de identificación: **51807128**

Resultados encontrados

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 51807128 | JIMENEZ | ROMERO | EUDIS | MARIA | 2023-09-05 10:48 am |

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 51807128 | JIMENEZ | ROMERO | DUBIS | MARIA | 2023-12-05 11:19 am |

© Adaptado para el Hospital Universitario Juan Mendez Barranquilla 2023.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSULTA EN BASE DE DATOS

El (la) suscrito(a) DUBIS MARIA JIMENEZ ROMERO identificado con C.C./C.E./P.P No. 51807128 expedida en BOGOTA, 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.humbupc.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 18 del mes de marzo de 2024.

Firma
Nombre DUBIS MARIA JIMENEZ ROMERO
Cédula 51807128

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Santa Marta, 18 marzo de 2024

Doctor:
**GERMAN VARGAS MOSQUERA**
**Gerente**
Hospital Julio Mendez Barrenecha

**REFERENCIA**: PROPUESTA DE TRABAJO

Cordial Saludo

El suscrito **DUBI MARIA JIMENEZ ROMERO** identificada con cedula de ciudadania **No 51.807.128** expedida en **CIENAGA (MAGDALENA)** de acuerdo con los requerimientos del Hospital Julio Méndez Barrenecha, me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta para ejercer mis funciones como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en esta institución.

En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones del objeto del contrato que se me adjudique, contando con tener la oportunidad que esta propuesta sea aceptada

Atentamente,

**"DUBI MARIA JIMENEZ ROMERO**
**C.C. 51.807.128**
**Direccion: Calle 8- CASAS EL PARQUE**
**Email: dubyj@hotmail.com**
**Cel: 3042173975**

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural











Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

[Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998]

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SUS EXPERIENCIAS LABORALES O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ORDEN CRONOLÓGICO INICIANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO ACTUAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS | | |
| | | | | COLOMBIA | | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | |
| | | | | | | |
| TELÉFONO(S) | FECHA DE INGRESO | | | FECHA DE RETIRO | | |
| | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | | | DIRECCIÓN | | |
| | | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIA DOCENTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS | | |
| | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
| | | | | | | |
| TELÉFONO(S) | FECHA DE INGRESO | | | FECHA DE RETIRO | | |
| | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO | NIVEL EDUCATIVO | | | DIRECCIÓN | | |
| | | | | | | |

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS COMPLETOS Y MESES

| DESCRIPCIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| EMPLEO PÚBLICO | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 0 | 0 |



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

[Ley[illegible]]

**2** [illegible]

[illegible]

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta , 18 de marzo de 2024

[illegible]

**3** [illegible]

[illegible]

[illegible]



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

República de Colombia

El

Colegio Cooperativo "San Juan Bosco"

Cienaga - Magdalena

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 7756 del 9 de Mayo de 1.970

Confiere a:

DUBYS MARIA JIMENEZ ROMERO

Identificado(a) con T.I. No. 51.807.128 de BOGOTA

El Título de

# BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional COLEGIO COOPERATIVO SAN JUAN BOSCO según los planes y programas vigentes

COLEGIO COOPERATIVO SAN JUAN BOSCO CIENAGA - MAGDALENA

Rectora

Secretaria(o)

Acordado el folio No. 003 Libro de Actas No. 02

Dado en Ciénaga a los 6 días del mes de Diciembre de 1.990

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA CORPORACIÓN NACIONAL DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONALES

CNET.@

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 1561 y Registro de Programa según Resolución No. 887 emanada por la Secretaría de Educación Municipal de Ciénaga Magdalena y Radicado No. 20202500074991l de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en salud

**CONFIERE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN:**

# AUXILIAR EN ENFERMERÍA A:

## *Duby Maria Jimenez Romero*

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 51807128**

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1666 horas.

Dado en Ciénaga Magdalena, a los quince (15) días del mes de Diciembre del año 2021.

**Director General**

**Coordinadora Académica**

Anotado en el folio Nº 3 Registró 08 del Libro de Actas 0002

F-ACTO-21-02 V.2

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

LA CORPORACIÓN NACIONAL DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONALES

**CNET.@**

**FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**
**Nit 900092505-6**

# *Acta De Certificación Individual No. 02*

En la ciudad de Ciénaga Magdalena, a los Quince (15) días del mes de Diciembre del año Dos Mil Veintiuno (2021) se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes de los programas **AUXILIAR EN ENFERMERIA, Y AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS**, el suscrito director , la Coordinadora General General y la Secretaria General de la **CORPORACIÓN NACIONAL DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPOACIONALES CNET.@**, Institución Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 1561 y Registro de Programa según Resolución No. 807 emanada por la Secretaria de Educación Municipal de Ciénaga Magdalena y Radicado No. 20202500079991 1 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en salud.

Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** al estudiante cuyos nombres, apellidos e identificación se relacionan a continuación:

*Duby Maria Jimenez Romero*
Documento de Identidad N° 51807128

Es fiel copia del acta original No. 02 de fecha 15 de Diciembre del año 2021 inicia con los apellidos y nombres de **AHUMADA CUELLO WENDY VENESSA** y culmina con los apellidos y nombres de **VARELA GOMEZ GISELA MARGARITA.**

Firmado y sellado por **LUIS CARLOS RADA BARRETO,** Director General y **MIRYAM CECILIA RIVEIRA MIRANDA,** Coordinadora Académica.

Dado en Ciénaga Magdalena a los quince (15) días del mes de Diciembre del año 2021

Firmado y Sellado

**LUIS CARLOS RADA BARRETO**
**DIRECTOR**

**MIRYAM CECILIA RIVEIRA MIRANDA**
**COORDINADORA ACADEMICA**

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



RESOLUCIÓN No. 17 - 0087 DE 25 ENE 2022

**Por la cual se registra un título**
**LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) Señor (a) **DUBY MARIA JIMÉNEZ ROMERO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 51.807.128 expedida en Bogota D.C. solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, según CERTIFICADO, el cual le fue otorgado por LA CORPORACIÓN NACIONAL DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONALES - CNET_@, con Acta de Certificación Individual No. 02 del 15 de diciembre de 2021.

Que con la solicitud el (la) señor (a) DUBY MARIA JIMÉNEZ ROMERO presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el (la) señor (a) DUBY MARIA JIMÉNEZ ROMERO cumple con los requisitos contenidos en el Inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta y funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano y se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Autorizar a **DUBY MARIA JIMÉNEZ ROMERO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 51.807.128, expedida en Bogota D.C. para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en el territorio Nacional.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 25 ENE 2022

**DIANA ESTHER CELEDÓN SANCHEZ**
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

| | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Proyectó | Yesbel De La Hoz Orozco | Profesional Universitario | |
| Elaboró | Ana I. Rivera Ramos | Técnico en Salud | |

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por tanto, lo presentamos para su firma.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

# ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

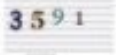
Número de Identificación *

51807128

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Confirmar

3831

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2024-03-27 --3:40:49 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 51807128 | DUBY | MARIA | JIMENEZ | ROMERO | Vigente | |

**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) DUBY MARIA JIMENEZ ROMERO identificado(a) con CC 51807128 registra La siguiente información:**

**2024-03-27 --3:40:49 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2022-01-25 | 470087 | 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**



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

**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).**

SISPRO

Dirección
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Candelaria, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

## Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000965020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Certifica

Dubys Maria Jimenez Romero

CC 51807128 de Bogota

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACEIS

Otorga el presente certificado a

**DUBIS MARIA JIMENEZ ROMERO**

**C.C. No. 51.807.128**

por haber asistido y aprobado el curso

**REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)**

**BAJO LINEAMIENTOS AHA 2015 – SOPORTE VITAL BASICO (BLS)**

Realizado en la ciudad de **Barranquilla, del 02 de marzo al 02 agosto de 2023,**
con una intensidad académica de 20 horas.
Valido por dos (2) años, de acuerdo a la resolucion 2003 del 2014.
Aprobado resolución 3226 del 2007.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

## Certifica

**Dubys Maria Jimenez Romero**

**c.c. 51807128 de Bogota**

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico BCP (BLS) con un total de 40 Horas.

Fecha de emisión: 2022-04-30
Fecha de vencimiento: 2024-04-30

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBER ANDRES BRAVO ORANGO
Jefe de Enfermeria
C.C. 1.121...
Docente

ROSA GUZMAN
Jefe Departamento Calidad
Docente Experto

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901166232-1

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

*Certifica*

**Dubys Maria Jimenez Romero**

**CC 51807128 de Bogota**

Realizó y aprobó el Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo con intensidad de 40 Horas.

Fecha de creación: 2023-03-04
Fecha de vencimiento: 2024-03-04

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

ROSA CARMINA
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Dr. JAIRO ZAMBRANO
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
RIC 53 - 1233
UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA
RE. MED. 524855

FECHA: D 15 M 09 A 2008

## CERTIFICADO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: ☐ INGRESO ☐ EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐ OTRO

### INFORMACIÓN GENERAL

Apellidos y Nombres: Silvia Ximena Duque — Edad: 48 — Documento: 51807128
Empresa: — Cargo:

### CONCEPTO DE APTITUD

1. APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO ☐
   ☒ SIN PATOLOGÍA APARENTE
   ☐ CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR
   ☐ CON RESTRICCIÓN
2. NO APTO ☐
3. PUEDE SEGUIR REALIZANDO SU LABOR ☐

### OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

| MEDICAS | OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILOS DE VIDA |
|---|---|---|
| Valoración por: | ☐ Uso de Elementos de Protección Personal | ☐ Hoja de Hábitos de Sueño |
| Confirmación de Diagnóstico por: | ☐ Ingreso al Sistema de Vigilancia Epidemiológica | ☐ Disminuir el consumo de alcohol |
| Reubicación laboral | ☐ Pruebas Ocupacionales Complementarias | ☒ Realizar deporte y/o ejercicio |
| | | ☒ Consulta control ginecológico anual |
| | | ☐ Mantener estructura física adecuada para la labor |

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN MÉDICA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

| NOMBRE DEL MÉDICO OCUPACIONAL: JAIRO ZAMBRANO E. | FIRMA DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: |
|---|---|
| Licencia de Salud Ocupacional: 53-1233 | |
| FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL | NOMBRE Y CEDULA DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

INPEC

# CERTIFICA

Que la señora DUBYS JIMENEZ ROMERO identificada con la cedula de ciudadanía numero 51.807.128 expedida en Bogotá trabajo a través de prestación de servicio como auxiliar de enfermería, desde el periodo comprendido del 2014 hasta el 2018 en el CENTRO CARCELARIO INPEC – SANTA MARTA.

La presente certificación se expide a petición de la parte interesada a los (19) días del mes de Agosto del 2020.

**BERAIME ROJAS**
**Jefe de dpto. De enfermeria**

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA
E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTÓBAL DE CIÉNAGA
N. I. T. 800.138.625-2

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA – MAGDALENA

CERTIFICA:

Que la señora **DUBYS JIMENEZ ROMERO** identificada con la cedula de ciudadanía No 51.807.128 expedida en Bogotá, trabajo a través de prestación de servicio en la E.S.E. Hospital San Cristóbal como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** , desde el periodo comprendido del 2008 hasta el 2014 en la E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL, durante su estancia se observó buen comportamiento y conocimiento en su trabajo.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los dieciocho (18) días del mes de Agosto del año 2020.

**ARMANDO FERNANDO DE CASTRO BRUGES.**
PROF. UNIV. TALENTO HUMANO

**Celular Gerencia 315 270 4870**

Recuperando la Confianza

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| altamed | TALENTO HUMANO<br>IPS | CÓDIGO:<br>F-GTH-007<br>Vigente desde:<br>16/08/2023 |

**CERTIFICA:**

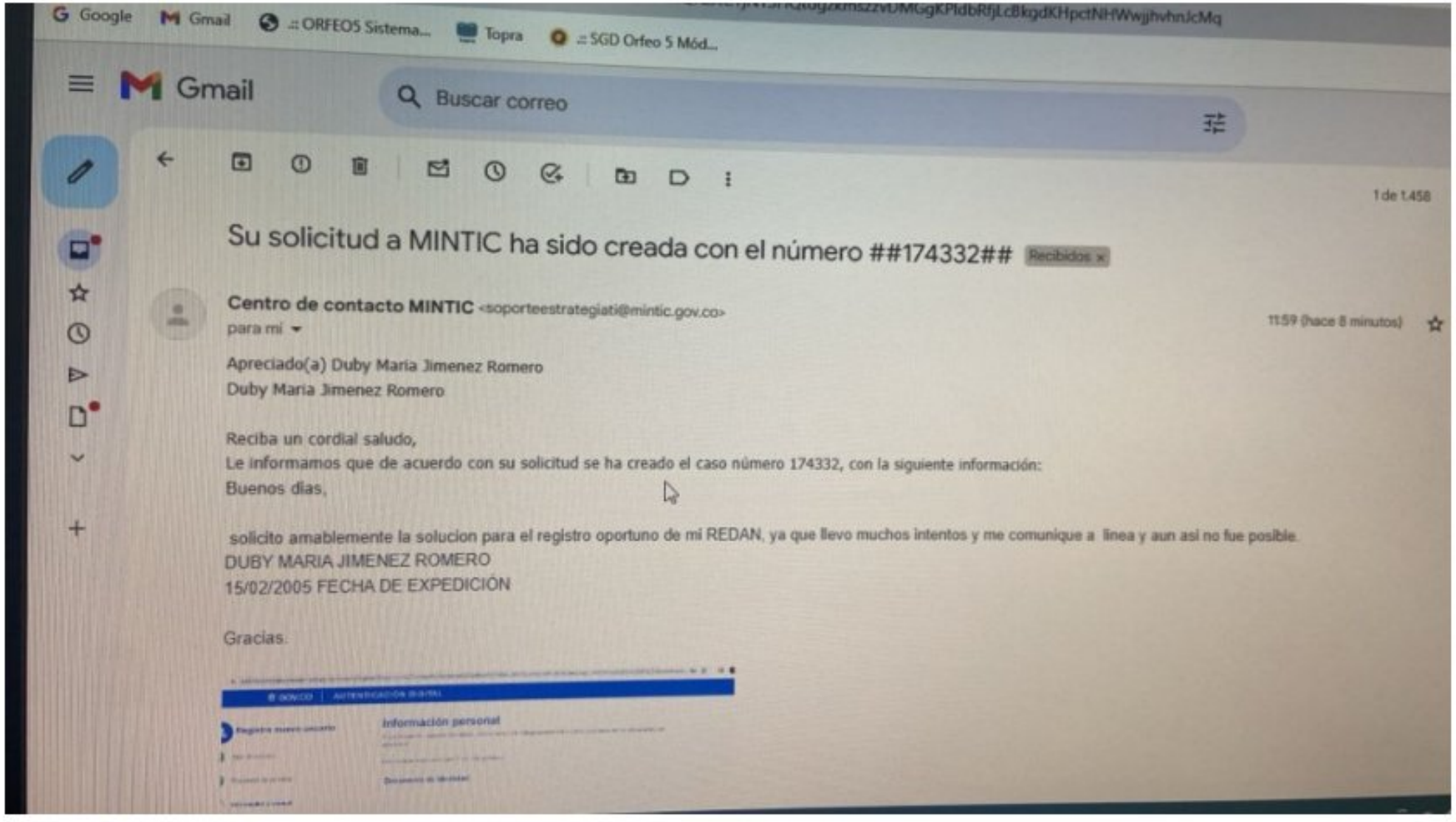
Que la señora **DUBIS MARIA JIMENEZ ROMERO** identificada con cedula de ciudadanía No. 51.807.128 expedida en Bogotá – Cundinamarca, labora como **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

La presente certificación se expide a solicitud de la parte interesada. de la ciudad Barranquilla a los (10) días del mes de agosto de 2023.

TALENTOS HUMANOS

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner




Powered by CamScanner

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 2016)

| Tipo de declaración | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2023-12-05 12:17 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| DUBYS | MARIA | JIMENEZ | ROMERO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 51807128 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ, D.C. | Municipio | BOGOTÁ, D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

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 trabaja | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Si [ ] 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: Si [ ] 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 INTERES

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: Si [ ] 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: Si [ ] No [ ]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento: [ ] Número: [ ]



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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: SI [ ] No [X]

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



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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: Si [ ] 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 actuó 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: SI [ ] 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 | Plata |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: SI [ ] 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: SI [ ] No [X]

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

mutualser

**CERTIFICA QUE:**

El (La) Señor(a) **JIMENEZ ROMERO DUBIS MARIA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **51807128** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**

| | |
|---|---|
| Estado de la Afiliación: | **Activo** |
| IPS de atención: | **FUNDACION PROMAGDALENA** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha de afiliación: | **19/01/2016** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 05 de diciembre del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

**LUIS BARRAZA**
**Director de Operaciones - Contributivo**
**infocontributivo@mutualser.org**
**MUTUAL SER EPS**

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Se informa que el sujeto de referencia A contiene con requisitos cumplidos para pensión. Con la resolución 1745 (Pila 2368) se dio un alcance al SIAFSE 850 subsidio y se notica que se cumplió la validación contra las bases asociadas a los operadores (RUAF afiliados con solicitud de pensión) por lo que en esa validación se cumplió con los requisitos para acceder a la seguridad social con este subsidio le contarle que no ha dejado de cotizar a pensión. Es importante resaltar que es obligatorio para los clientes que cumplan requisitos y no quieran continuar cotizando a Pensión.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.759

Hace constar que:

[illegible] identificado(a) con CC número [illegible] recibió una devolución de Saldos de [illegible] por valor de $ [illegible] generado el [illegible].

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de mayo de 2022

Cordialmente,

Clemente Castañeda Estrada
Área de control y pagos
Protección S.A.

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali: 510 90 90
Barranquilla: 318 79 00 - Cartagena: 642 48 88 - Pereira: 311 8080 52 8080
www.proteccion.com

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

| HJMB | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO FINDAR<br>VERSION 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos: DUBIS JIMENEZ ROMERO | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | M | | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 51807128 | BOGOTA D.C | 15/02/2005 |

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

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | CLL 120 CASA 2 | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| dubysjimenez0@gmail.com | 3042173975 6 | |

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

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Publica | | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 | 1.800.00 | Total Pasivos | 1.800.000 |

| 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 si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? |
|---|
| Declaro que soy persona politicamente 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 demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectuen terceros con dinero proveniente de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.

Dubys Jimenez Romero

## 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):

Scanned by TapScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner