FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Rosmery Elena Narváez Gónzalez

CC 57434204 de Santa Marta Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-14
Fecha de vencimiento: 2026-08-14

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	
Título	Sra.
Nombre	ROSMERY ELENA
Apellidos	NARVAEZ GONZALEZ
Fecha de Nacimiento	10/05/1972 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	57434204
Dirección	kra 20 No 32-21
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Colombia
País	COLOMBIA
Correo electrónico	rosmerynarvaez2010@gmail.com
Teléfono	0000000
Celular	3166921800
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	PEDRO
SMS para recuperar la contraseña	3166921800

Editar

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.434.204**

NARVAEZ GONZALEZ

APELLIDOS

ROSMERY ELENA

NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1972**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-SEP-1990 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00061763-F-0057434204-20080830 0002796559A 1 4470005115

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57434204,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2012** 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 15 de diciembre 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.

Colpensiones
Dirección: Carrera 10 No.72 – 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

Escaneado con CamScanner

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 57434204 **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 26/12/2024 10:39 PM

Código Verificación: **LBQCGHYTJF**

Válida hasta: **27/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 57434204 **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 26/12/2024 10:39 PM

Código Verificación: **LBQCGHYTJF**

Válida hasta: **27/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.434.204, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veinte (20) días del mes de diciembre del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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

Rosmery Elena Narváez Gónzalez

CC 57434204 de Santa Marta Magdalena

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

Fecha de emisión: 2024-03-11
Fecha de vencimiento: 2026-03-11

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Rosmery Elena Narváez Gónzalez

CC 57434204 de Santa Marta Magdalena

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

Fecha de emisión: 2024-03-05
Fecha de vencimiento: 2026-03-05

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Rosmery Elena Narváez Gónzalez

CC 57434204 de Santa Marta Magdalena

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

Fecha de emisión: 2024-03-09
Fecha de vencimiento: 2026-03-09

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	25 DE ENERO DE 2024

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ														Sexo: M		F	X
Tipo de Documento: C.C. X / C.E / T.I / R.C / PP								Número: 57434204				Expedida en: SANTA MARTA				Fecha de Expedición: 11/09/1990	
Estado Civil (Seleccione): Soltero X / Casado / Divorciado / U. libre / Viudo						Nivel educativo: Primaria / Bachiller / Técnico / Universidad X				No. Personas a cargo: 2		Tipo de Vivienda: Propia / Arrendada / Familiar X				Zona Ubicación: Rural / Urbano X	
Fecha nacimiento: 10 / 05 / 1972			Lugar de Nacimiento: SANTA MARTA			Direccion Domicilio: CRA 20 # 32-21 PRIMERO DE MAYO						Municipio / Ciudad: SANTA MARTA				Departamento: MAGDALENA	
Correo Electrónico: rosmerynarvaez2010@gmail.com												No. Celular: 3166921800				Telefono: 4392709	
Ocupación (Seleccione): Estudiante / Independiente / Empleado X / Hogar / Jubilado												Actividad Principal CIIU: 8 9 5 2					
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIIU: Otras actividades profesionales, científicas y técnicas ncp					

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio: Publica X / Privada / Mixta / Otra, cual?	Cargo
H.UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		ENFERMERA
Dirección de empresa o negocio: CARRERA 14#23-42	Ciudad: SANTA MARTA	Barrio: ALCAZARES — No. Teléfono: 4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI / NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

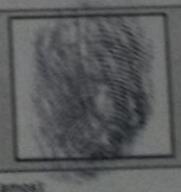
Total Ingresos Mensuales: 3.100.000	Total Egresos mensuales: 2.300.000
Otros Ingresos Mensuales: 0000.000	Otros Egresos Mensuales: 00000
Total Activos: 3.1000.000	Total Pasivos: 800.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes: DICIEMBRE — Año: 2024	Es declarante? SI / NO X
Es 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 ilicitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(a) cuenta(s) efectúen 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 Méndez

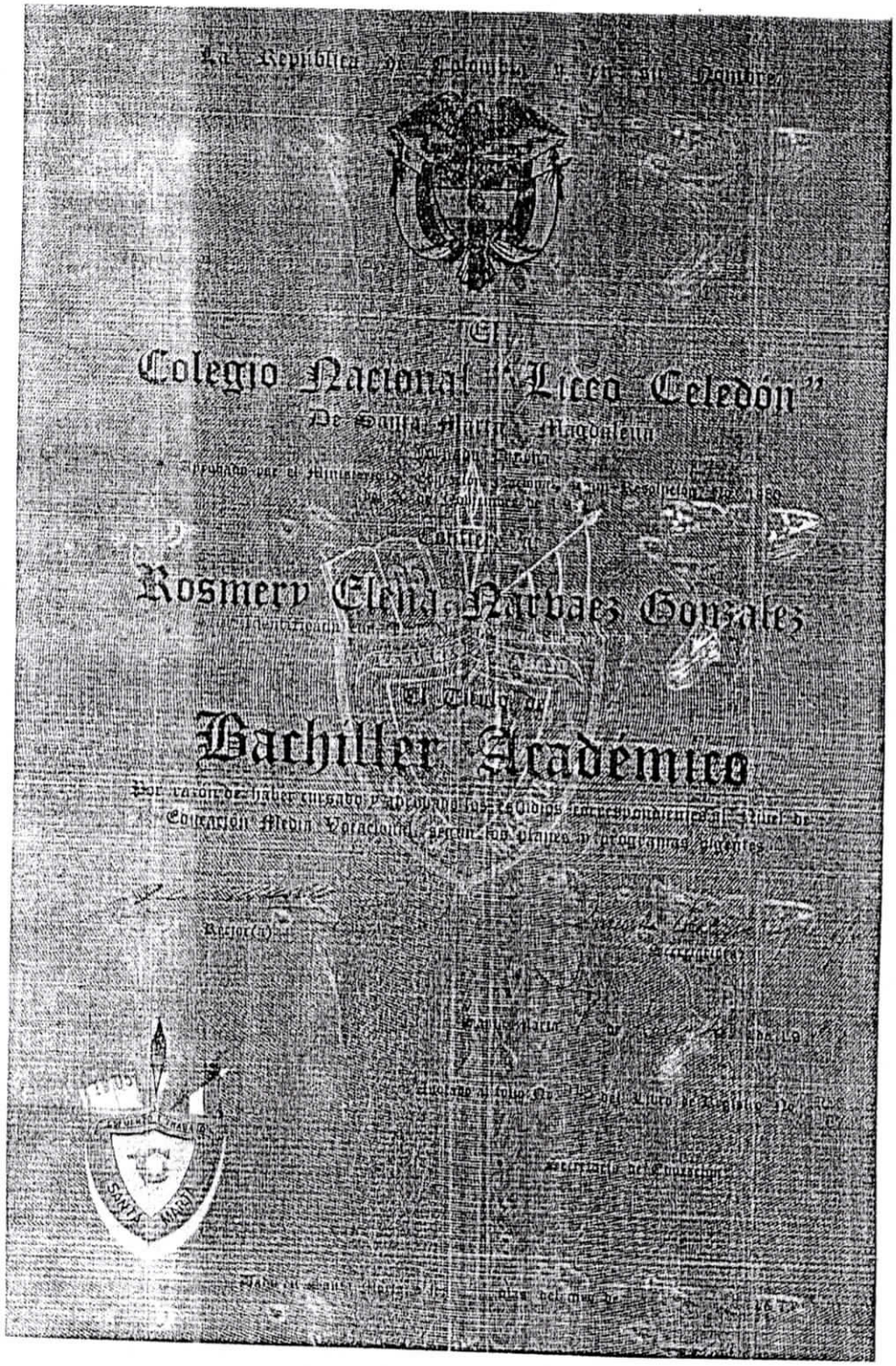


5. FIRMA Y HUELLA

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):

ROSMERY E. NARVAEZ GONZALEZ

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento



La República de Colombia a [illegible] Nombre

El

Colegio Nacional "Liceo Celedón"

De Santa María Magdalena

aprobado por el Ministerio [illegible] Resolución [illegible]

Confiere

Rosmery Elena Narváez Gonzalez

El Título de

Bachiller Académico

Por cuanto ha sido [illegible] los estudios correspondientes al Ciclo de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Rector(a)

Secretario(a)

Refrendado

Se anotó a folio [illegible] del Libro de Grados de

Secretario del Consejo

REPUBLICA DE COLOMBIA

COLEGIO NACIONAL "LICEO CELEDON"

Santa - Marta
Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resoluciones Nos. 1480 del 20 de Noviembre de 1941 para la Jornada Diurna y Resolución No. 7752 del 9 de Mayo de 1979 para la Jornada Nocturna

Acta de Grado

En la ciudad de **SANTA MARTA** a los 7 días del mes de Diciembre del año de 1989 se reunieron, con el fín de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del **COLEGIO NACIONAL LICEO CELEDON** modalidad **ACADEMICO** institución aprobada hasta **NUEVA VISITA** en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad **ACADEMICO,** según Resolución (es) Número (s) 1480 de noviembre 20 de 1941 en la Jornada Diurna y 7752 del 9 de Mayo de 1979 Jornada Nocturna.

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

No.	NOMBRE
20	NARVAEZ GONZALEZ ROSMERY ELENA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 720510-10931 Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 001 de fecha Diciembre 7 de 1989

que consta de 121 alumnos graduados, comienza con el nombre de AGUILAR GARCIA RICARDO RAFAEL y se cierra con el nombre de ZAPATA ARREGOCES SARA ELENA

firmado y sellado por CARLOS ARTURO RIBERO REY (Rector) y AMANDA VELASQUEZ DE HERRERA (Secretario)

Dada en **SANTA MARTA** a los 7 días del mes de Diciembre 7 de 19 89

En constância se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Firmado y Sellado

CARLOS ARTURO RIBERO REY
El Rector o Director (a)
c. c. No. 5.563.708 de B/manga. (Sant.)

AMANDA VELASQUEZ DE HERRERA
El Secretario (a)
c. c. No. 36.530.298 de Santa Marta, (Magd.

ehdem.-

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

Rosmery Elena Narváez González

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 57'434.204 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

ENFERMERA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Santa Marta el 4 de diciembre de 2004

Rector

Rector Honorario

Decano de Facultad

Director Seccional

Secretario General

Registros y Diplomas

Anotado al folio No. 3111 del libro de Registros y Diplomas No. 4

Refrendado en Santa Marta el 4 de diciembre de 2004

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 258

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: ACTA No. 014 DE SEPTIEMBRE 15 DE 1993

FECHA: 4 DE DICIEMBRE DE 2004

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA.

En atención a que ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ

con cédula de ciudadanía No. 57,434,204 de SANTA MARTA (MAGD.)

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No. 017 en sesión del día 9 de NOVIEMBRE de 2004

Para constancia se suscribe por:

JUAN CARLOS PEREZ SOTO
Rector

CESAR PEREZ GARCIA
Rector Honorario

ROQUE JULIO MORENO ESTEVEZ
Secretario General

JUAN OLIVELLA JACQUIN
Director Seccional

FAROUK ZAWADY LEAL
Decano de la Facultad

No. 04347

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

PERSONERÍA JURÍDICA No. 2613 DE 1959. MINJUSTICIA

CON LAS DEBIDAS AUTORIZACIONES LEGALES Y EN CONSIDERACIÓN A QUE

Rosmery Elena Narváez González

C.C. 57'434.204 de Santa Marta

TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LAS PRUEBAS REGLAMENTARIAS, LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en
Gerencia y Auditoria de la Calidad en Sal

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL, A LOS 28 DÍAS DEL MES DE noviemb
DEL AÑO 2009

EL RECTOR

UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO
Personería Jurídica No. 2613/1959 Minjusticia

3

El suscrito Secretario General de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, expide a continuación copia del acta de grado

número DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE (269)

Correspondiente al día VEINTIOCHO (28)

de NOVIEMBRE de DOS MIL NUEVE

(2009), Registrada en el Libro de Actas de Grado al Folio Número 215

"En Bogotá D.C., siendo las 5:00 P.M. del día 28 de NOVIEMBRE del año 2009 bajo la presidencia del doctor JOSÉ FERNANDO ISAZA DELGADO Rector de la Universidad, se efectuó la ceremonia para otorgar el grado de

ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD

Registrado en el Libro de Grados Títulos No. 20 Folio No. 174 Registro No. 202585 de la Universidad

a **ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ**

identificada con cédula de ciudadanía No. 57434204 expedida en Santa Marta, quien terminó sus estudios de acuerdo con los reglamentos. El Señor Rector en nombre y representación de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano y previo juramento, hizo entrega del diploma correspondiente.

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron".

Firmado Rector JOSÉ FERNANDO ISAZA DELGADO

Firmado Decano de la Facultad SALOMÓN KALMANOVITZ KRAUTER

Firmado Secretario General CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN

Es fiel copia tomada de su original que se expide a los VEINTIOCHO (28) días del mes de NOVIEMBRE del año DOS MIL NUEVE (2009).

CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN
Secretario General

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

Rosmery Elena Narváez Gónzalez

CC 57434204 de Santa Marta Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2024-03-07
Fecha de vencimiento: 2026-03-07

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

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: 18 Jul 2023, **Hora:** 10:02:08 a.m
Apellido: Narvaez Gonzalez **Nombre:** Rosmery Elena **HC:** # 80218
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 57434204 **Edad:** 51 años
Empresa: Particular **Sexo:** Femenino
Cargo: Jefe De Enfermeria **Nacim:** 10/May/1972
Direccion: Cra 20 No 32-21 1 Mayo **Rh:** O+
Telefono: **Celular:** 3166921800 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: No Aplica ::
Peso: 44 Kg **Estatura:** 153 Cm **IMC:** 18.8 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Colpatria **AFP:** Colpensiones

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Realizar Pausa Activas
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

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

Rosmery Elena Narvaez Gonzalez
CC 57434204

Huella
Digital

Escaneado con CamScanner

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 57434204 **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 26/12/2024 10:39 PM

Código Verificación: **LBQCGHYTJF**

Válida hasta: **27/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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	2024-01-05 15:37

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROSMERY	ELENA	NARVAEZ	GONZALEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57434204

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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 año gravable 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$52.600.000,00
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	$52.600.000,00

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: 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:

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	25 DE ENERO DE 2024

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ														Sexo: M		F	X
Tipo de Documento: C.C. X / C.E / T.I / R.C / PP								Número: 57434204				Expedida en: SANTA MARTA				Fecha de Expedición: 11/09/1990	
Estado Civil (Seleccione): Soltero X / Casado / Divorciado / U. libre / Viudo						Nivel educativo: Primaria / Bachiller / Técnico / Universidad X				No. Personas a cargo: 2		Tipo de Vivienda: Propia / Arrendada / Familiar X				Zona Ubicación: Rural / Urbano X	
Fecha nacimiento: 10 / 05 / 1972			Lugar de Nacimiento: SANTA MARTA			Direccion Domicilio: CRA 20 # 32-21 PRIMERO DE MAYO						Municipio / Ciudad: SANTA MARTA				Departamento: MAGDALENA	
Correo Electrónico: rosmerynarvaez2010@gmail.com												No. Celular: 3166921800				Telefono: 4392709	
Ocupación (Seleccione): Estudiante / Independiente / Empleado X / Hogar / Jubilado												Actividad Principal CIIU: 8 9 5 2					
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIIU: Otras actividades profesionales, científicas y técnicas ncp					

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio: Publica X / Privada / Mixta / Otra, cual?	Cargo
H.UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		ENFERMERA
Dirección de empresa o negocio: CARRERA 14#23-42	Ciudad: SANTA MARTA	Barrio: ALCAZARES — No. Teléfono: 4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI / NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

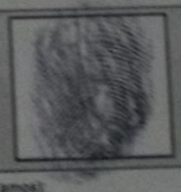
Total Ingresos Mensuales: 3.100.000	Total Egresos mensuales: 2.300.000
Otros Ingresos Mensuales: 0000.000	Otros Egresos Mensuales: 00000
Total Activos: 3.1000.000	Total Pasivos: 800.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes: DICIEMBRE — Año: 2024	Es declarante? SI / NO X
Es 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 ilicitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(a) cuenta(s) efectúen 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 Méndez



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):

ROSMERY E. NARVAEZ GONZALEZ

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

FORMATO ÚNICO

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
Narvaez	Gonzalez	Rosmery Elena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57434204	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 10 MES 05 AÑO 1972	CARRERA 20 32 21 1? de Mayo			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	4357193	EMAIL	rosmerynarvaez2010@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	1989

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	
POSTGRADO	9	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD	08	2009	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	06	2004	11088

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
				X			

4 IDIOMAS

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3166921800	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	11	Año	2024	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1087 2014 ENFERMERA ESPECIALIZ	DEPENDENCIA: AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA					DIRECCIÓN: CALLE 23 ESTE 14A 42						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	04	Año	2024	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1680 2009 ENFERMERA	DEPENDENCIA: AREA EN SALUD					DIRECCIÓN: CALLE 23 ESTE 14A 23 ALCAZAREZ						
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:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	04	Año	2024	Día	31	Mes	10	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1680 2009 ENFERMERA	DEPENDENCIA: AREA DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42 barrio los alcazares						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	02	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 barrio los alcazares						
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	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 Barrio los alcazares						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	11	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA REFERENCIA - CONTRAR	*DEPENDENCIA* PAI (VACUNACION)					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3166921800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3166921800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA REFERENTE	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3166921800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4209632	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VACUNACION INTRAMURAL					*DIRECCIÓN* CALLE 23 - N° 7-78					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 23 - N° 7-78					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	09	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA VACUNACION					*DIRECCIÓN* CALLE 23 - N° 7-78					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 23 - N° 7-78					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	15	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 23 - N° 7-78					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 23 - N° 7-78					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJAMAG			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4217900	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	21	*Mes*	05	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CALLE 23 - N° 7-78					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4209600	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 14 - N° 2-49					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE GUAINIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4329500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	08	*Año* 2018	*Día*	10	*Mes*	10	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4209600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4329600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	11	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A ESIMED			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	10	*Año* 2006	*Día*	22	*Mes*	11	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA PYP	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* AVENIDA DEL LIBERTADOR 24-07						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SURGIFAST			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3187118307	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	04	*Año* 2010	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 3ª N 24 04						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 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*							

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

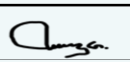
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	13	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	13	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	10
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 *27 DE DICIEMBRE DE 2024*



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Rosmery Elena Narváez Gónzalez

CC 57434204 de Santa Marta Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Adulto. con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-10
Fecha de vencimiento: 2026-08-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

REPUBLICA DE COLOMBIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia

A N E C

TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ

C.C. 57.434.204 SANTA MARTA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 11088

REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 01/JUL/2005

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 01/JUL/2015

Powered by CamScanner

PROPUESTA DE TRABAJO 30 DE DICIEMBRE DE 2024

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
Enfermera jefa T.P.N. 11088
Carrera 20 N0. 32-21
Teléfono Móvil: 3166921800 - 4392709



PERFIL PROFESIONAL

Notable conocimiento en todos los procesos vigentes en enfermería, sistemas, atención al cliente, administrativa, asistencial, urgencias, hospitalización quirúrgica, medicina interna, hospitalización en casa, triage, promoción y prevención resolución 4505 en asistencias técnicas con énfasis en auditoria de la calidad del dato de las EAPB subsidiadas y contributivas. Salud sexual y reproductiva, Programa ampliado de inmunización PAI.

Mi objetivo profesional es seguir trabajando en una institución en la cual pueda desarrollar y aportar mi formación y experiencia como Enfermera, he desarrollado habilidades y aptitudes que me ayudan a la implementación de mi labor profesional. Actualmente me encuentro en la búsqueda de nuevas oportunidades laborales y deseo formar parte de un equipo de trabajo que me permita mostrar mi valía y aportar mis habilidades y experiencia.

Se suscribe de Usted

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
C. C. N° 57434204 de Santa Marta


(2) WhatsApp
DOCON - Sistemas de Informac
http://siji.hujmb.gov.co provee
SIJI - Hospital Universitario Julio
siji.hujmb.com/proveedores/consulta/natural.php
Verifica que eres tú
SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificación
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 57434204
Resultados encontrados:
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 57434204 NARVAEZ GONZALEZ ROSMERY ELENA 2022-04-04, 10:21 am
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
2 57434204 NARVAEZ GINZALEZ ROSMERY ELENA 2025-01-03, 8:25 am
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
3 57434204 NARVAEZ GONZALEZ ROSMERY ELENA 2025-01-03, 8:41 am
Buscar
27°C Mayorm. nubla...
9:02 a. m.
3/01/2025

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 1190

"Por la cual se registra un titulo"

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. **NARVAEZ GONZÁLEZ ROSMERY ELENA,** identificada con cédula de ciudadanía No. 57.434.204 expedida en Santa Marta - Magdalena, ha solicitado el registro de su TÍTULO de **ENFERMERA** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA,** según Acta de Grado No. 258 de fecha 04 de Diciembre de 2004 Folio 3282 de 04 de Diciembre de 2004.

Que **NARVAEZ GONZÁLEZ ROSMERY ELENA,** participo en el sorteo de plaza para el Servicio Social Obligatorio, efectuado en la Secretaria de Salud Departamental del Magdalena, el día 15 de Abril de 2005, dando cumplimiento al Acuerdo 001 de 2005, emanado del Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio.

Que una vez realizado el sorteo, **NARVAEZ GONZÁLEZ ROSMERY ELENA,** no salio favorecida, quedando exento de prestar el Servicio Social Obligatorio.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **NARVAEZ GONZÁLEZ ROSMERY ELENA** para ejercer la profesión como **ENFERMERA** en todo el territorio nacional

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 24 MAY 2005

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

LIDERAZGO SEGURIDAD Y TRANSPARENCIA

Escaneado con CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

57434204

Primer Nombre

ROSMERY

Primer Apellido

NARVAEZ

Confirme los numeros de la Imagen *

8276

Cambiar

3272

Consultar en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-12-26 -11:26:19 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	57434204	ROSMERY	ELENA	NARVAEZ	GONZALEZ	Vigente

De conformidad con los articulos 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) ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ identificado(a) con CC 57434204 registra La siguiente información:

2024-12-26 -11:26:19 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2005-07-01		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14905891994

(415)7707212489984(8020) 000001490589199 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 3 4 2 0 4	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	57434204	1 9 9 0 0 9 1 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NARVAEZ	GONZALEZ	ROSMERY	ELENA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 20 32 21 BRR PRIMERO DE MAYO

42. Correo electrónico: rosmerynarvaez2010@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 6 9 2 1 8 0 0	4 3 9 2 7 0 9

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
8 6 9 2	2 0 1 0 0 6 0 9					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	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 ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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
985. Cargo

DOCUMENTO SIN COSTO
EN TRAMITE

Fecha generación documento PDF: 29-03-2023 08:14:03PM

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que el la señora, **ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ,** identificada con cedula de Ciudadanía **No. 57.434.204**, expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. **CD20240609** de fecha 23 de enero 2024, con un plazo de ejecución a partir del 24 de enero al 31 de enero de 2024, por un valor de DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS (2.900.000)
2. **CD20241439** de fecha 03 de febrero 2024, con un plazo de ejecución a partir del 16 de febrero al 31 de marzo de 2024, por un valor de SEIS MILLONES DOSCIENTO MIL PESOS (6.200.000)
3. **CD20242718** de fecha 24 de marzo 2024, con un plazo de ejecución a partir del 01 de abril al 31 de agosto de 2024, por un valor de QUINCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (15.500.000)

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintinueve (29) días del mes de agosto de 2024

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

Ingrid

ELABORÓ: INGRID JHOANA OSPINO LIZCANO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

Ingrid

ALCALDÍA DE SANTA MARTA	FORMATO DE INFORME DE ACTA DE INICIO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-001
	EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA DE FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	1770 -2023
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
N° de identificación	57434204 expedida en Santa Marta.
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.
Valor del Contrato	OCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M.L. ($ 8.800.000)
N° CDP	1378 DEL 14 DE JULIO DE 2023
N° CRP	3190 DEL 24 DE NOVIEMBRE DE 2023
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023
Supervisor del Contrato	JORGE BERNAL CONDE

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. N° **93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ** identificado (a) con C.C. No. **57434204** expedida en la Ciudad de Santa Marta, en calidad de CONTRATISTA, con el fin de **DAR POR TERMINADO** a la ejecución del referido Contrato.

Por lo que, con la firma de este documento, estoy manifestando que he sido notificado de mi labor de Supervisor, que conozco mis obligaciones, las cuales están descritas en el citado Contrato y que este da inicio, al cumplirse los requisitos de ejecución, señalados en el Artículo.41 de la Ley 80 de 1993.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de diciembre del año 2023.

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ACTA DE FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	1503 -2023
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
N° de identificación	57434204 expedida en Santa Marta.
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.
Valor del Contrato	DIECISIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M.L. ($ 17.600.000)
N° CDP	1378 DEL 14 DE JULIO DE 2023
N° CRP	2321 DEL 27 DE JULIO DE 2023
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2023
Supervisor del Contrato	JORGE BERNAL CONDE

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. **N° 93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como CONTRATANTE, y por la otra, **ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ** identificado (a) con C.C. No. **57434204** expedida en la Ciudad de Santa Marta, en calidad de CONTRATISTA, con el fin de **DAR POR TERMINADO** a la ejecución del referido Contrato.

Por lo que, con la firma de este documento, estoy manifestando que he sido notificado de mi labor de Supervisor, que conozco mis obligaciones, las cuales están descritas en el citado Contrato y que este da inicio, al cumplirse los requisitos de ejecución, señalados en el Artículo 41 de la Ley 80 de 1993.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los **31** días del mes de octubre del año 2023.

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ACTA DE FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	757 - 2023
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
N° de identificación	57434204 expedida en Santa Marta.
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, ETS, (VIH/SIDA), DE LA DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.
Valor del Contrato	OCHO MILLONES DE PESOS M. L ($8.000. 000.oo)
N° CDP	441 DEL 14 DE FEBRERO del 2023
N° CRP	1010 DEL 19 DE ABRIL DE 2023
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE MAYO DE 2023
Supervisor del Contrato	JORGE BERNAL CONDE

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. N° **93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como CONTRATANTE, y por la otra, **ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ** identificado (a) con C.C. No. **57434204** expedida en la Ciudad de Santa Marta, en calidad de CONTRATISTA, con el fin de **DAR POR TERMINADO** a la ejecución del referido Contrato.

Por lo que, con la firma de este documento, estoy manifestando que he sido notificado de mi labor de Supervisor, que conozco mis obligaciones, las cuales están descritas en el citado Contrato y que este da inicio, al cumplirse los requisitos de ejecución, señalados en el Artículo 41 de la Ley 80 de 1993.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los **31** días del mes de mayo del año 2023.

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

ROSMERY ELENA NARVÁEZ GONZÁLEZ
Contratista

ALCALDÍA DE SANTA MARTA	FORMATO DE INFORME DE ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-004
	EJECUCIÓN, UQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	1511 DEL 12 DE OCTUBRE DE 2018
Objeto del Contrato	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y CALIDAD DEL DATO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI, DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2018"
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
N° de identificación del Contratista	57.434.204 de Santa Marta Mag.-
Valor del Contrato	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($8.400.000.oo)
N° CDP	2389 DEL 09 DE OCTUBRE DE 2018
N° CRP	2429 DEL 12 DE OCTUBRE DE 2018
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2018
Supervisor del Contrato	JULIO DE JESÚS SALAS BURGOS

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JULIO DE JESÚS SALAS BURGOS,** con C:C: N° **1.082.885.165** expedida en Santa Marta.-, en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO,** nombrado mediante **Decreto N° 046 del 01 de Febrero de 2018** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA,** identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ,** identificado(a) con C.C. N° 57.434.204 expedida en Santa Marta Mag.-, en calidad de **CONTRATISTA,** con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los **Treinta y un (31)** días del mes de DICIEMBRE del año 2018.

JULIO DE JESÚS SALAS BURGOS
Secretario de Salud del Distrito
Supervisor

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
Contratista

Cajamag
NIT. 891.780.093-3

Santa Marta, 1 de febrero de 2022.

ORDEN DE SERVICIO No.D-2022-0040

Señor (a):
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ
CC.No.57.434.204 de Santa Marta
Carrera 20 No.32-21 Barrio Primero de Mayo
Telefono: 435 7193 – 316 692 1800
Ciudad

Por medio de la presente autorizo a usted la prestación de sus servicios profesionales de Enfermería Superior como apoyo en los procesos en el área de Enfermería, para verificar la habilitación de Salud Preventiva; verificar anualmente los Convenios para la prestación de los servicios médicos y de especialistas; gestionar la legalización de Convenios con estos profesionales de la Salud, a ejecutarse en las instalaciones del Edificio Administrativo en el Distrito de Santa Marta.

La presente Orden de Servicio tiene una duración desde el 2 de febrero de 2022, hasta el 30 de diciembre de 2022, fecha en la cual cesará en sus efectos, una vez prestado el servicio las partes quedan desvinculadas de sus obligaciones. Por la prestación del servicio recibirá la suma mensual de Un Millón Trescientos Setenta y Un Mil Quinientos Pesos Moneda Legal ($1.371.500.oo), para un valor total a cancelar de Quince Millones Cuarenta Mil Setecientos Ochenta y Cuatro Pesos Moneda Legal ($15.040.784.oo), según reserva presupuestal No.21184.

El contratista se obliga a cumplir con el servicio contratado teniendo en cuenta el código de ética, trasparencia, anticorrupción y el código de buen gobierno de CAJAMAG, el incumplimiento de estas obligaciones o la indebida prestación del servicio faculta a CAJAMAG para dar por terminada, unilateralmente y sin previo aviso, la presente orden

La Caja de Compensación Familiar del Magdalena, no se responsabiliza por los servicios se presten, sin previa expedición de la respectiva orden de servicio.

Sírvase enviar, mensualmente, cuenta de cobro para su cancelación dentro de los diez días siguientes a la prestación del servicio, con el Vo.Bo. del Supervisor Responsable de esta Corporación quien supervisará y certificará la prestación del Servicio. El contratista tiene la obligación de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, así como afiliar a los trabajadores o empleados que contrate en desarrollo del servicio contratado al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando exista la obligación legal.

El contratista al aceptar, ejecutar el servicio solicitado mediante la presente Orden de Servicio, afirma bajo la gravedad del juramento que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en la Ley 21 de 1982, Decreto 2463 de 1981, artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que conforman el Sistema del Subsidio Familiar en Colombia.

Asimismo, el contratista como proveedor de servicios acepta los términos establecidos en el Código del Buen Gobierno de Cajamag, en el que la contratación de sus servicios se hace basada en los principios generales de calidad, transparencia, precio y cumplimiento. El contratista se obliga y compromete a no comunicar a terceros, ni usar en su propio provecho, las informaciones de naturaleza reservada que tenga o llegue a conocer en razón de su vinculación contractual con la Caja y cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios a la entidad, reversándose la Corporación el derecho a solicitar el pago de la indemnización por los perjuicios que tal acción genere. EL CONTRATISTA manifiesta que conoce, acepta y autoriza de forma libre y espontánea, conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la reglamentan, para que durante el término de vigencia de la presente orden de servicio y con posterioridad, EL CONTRATANTE pueda compilar, almacenar, consultar, usar, compartir, intercambiar, transmitir y transferir los datos de EL CONTRATISTA para el cumplimiento del giro ordinario de sus actividades y las relacionas con la ejecución de la orden de servicio.

Toda diferencia que surja entre las partes, por la interpretación de términos, condiciones y ejecución de la presente orden de servicio, deberá ser solucionada a través de una conciliación ante el Centro de conciliación de la cámara de Comercio de Santa Marta.

Atentamente,

MARTHA GARCIA VALENCIA
Directora Administrativa

Acepto:

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC: 57.434.204

GISELLA MENDIVIL RODRIGUEZ
Supervisor Responsable (e)

USS-001-170
Elaboró:Lina M.

Cajamag
NIT. 891.780.093-3

Santa Marta, 9 de marzo de 2021.

ORDEN DE SERVICIO No. D-2021-0135

Señor(a):
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC. No. 57.434.204 de Santa Marta
Carrera 20 No. 32 - 21 Barrio 1º de Mayo
Cel. 435 7193 – 316 692 1800
Ciudad

Por medio de la presente autorizo a usted la prestación de sus servicios profesionales de Enfermería Superior como apoyo en los procesos de vacunación, en las instalaciones del Edificio Administrativo en el Distrito de Santa Marta.

La presente Orden de Servicio tiene una duración desde el 10 de marzo de 2021, hasta el 9 de septiembre de 2021, fecha en la cual cesará en sus efectos, una vez prestado el servicio las partes quedan desvinculadas de sus obligaciones. Por la prestación del servicio recibirá la suma mensual de Un Millón Trescientos Mil Pesos Moneda Legal ($1.300.000.oo), para un valor total a cancelar de Siete Millones Ochocientos Mil Pesos Moneda Legal ($7.800.000.oo), según reserva presupuestal No.18303.

El contratista se obliga a cumplir con el servicio contratado teniendo en cuenta el código de ética, trasparencia, anticorrupción y el código de buen gobierno de CAJAMAG, el incumplimiento de estas obligaciones o la indebida prestación del servicio faculta a CAJAMAG para dar por terminada, unilateralmente y sin previo aviso, la presente orden

La Caja de Compensación Familiar del Magdalena, no se responsabiliza por los servicios se presten, sin previa expedición de la respectiva orden de servicio. Sírvase enviar, mensualmente, cuenta de cobro para su cancelación dentro de los diez días siguientes a la prestación del servicio, con el Vo.Bo. del Supervisor Responsable de esta Corporación quien supervisará y certificará la prestación del Servicio.

El contratista tiene la obligación de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, así como afiliar a los trabajadores o empleados que contrate en desarrollo del servicio contratado al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando exista la obligación legal. El contratista al aceptar, ejecutar el servicio solicitado mediante la presente Orden de Servicio, afirma bajo la gravedad del juramento que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en la Ley 21 de 1982, Decreto 2463 de 1981, artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que conforman el Sistema del Subsidio Familiar en Colombia.

Asimismo, el contratista como proveedor de servicios acepta los términos establecidos en el Código del Buen Gobierno de Cajamag, en el que la contratación de sus servicios se hace basada en los principios generales de calidad, transparencia, precio y cumplimiento. El Contratista se obliga y compromete a no comunicar a terceros ni usar en su propio provecho, las informaciones de naturaleza reservada que tenga o llegue a conocer en razón de su vinculación contractual con la Caja y cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios a la entidad, reservándose la corporación el derecho a solicitar el pago de la indemnización por los perjuicios que tal acción genere.

Toda diferencia que surja entre las partes, por la interpretación de términos, condiciones y ejecución de la presente orden de servicio, deberá ser solucionada a través de una conciliación ante el Centro de conciliación de la cámara de Comercio de Santa Marta.

Atentamente,

WILMER PALMA SANTODOMINGO
Director Administrativo (e)

MARTHA ACOSTA PACHECO
Supervisor Responsable

Acepto:

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
57434204 sta mta

USS-003-3701
Elaboró: Lina M.

Cajamag

NIT. 891.780.093-3

Santa Marta, 26 de agosto de 2020.

ORDEN DE SERVICIO No. D-2020-0316

Señor(a):
ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC. No. 57.434.204 de Santa Marta
Carrera 20 No. 32 - 21 Barrio 1° de Mayo
Cel. 435 7193 – 316 692 1800
Ciudad

Por medio de la presente autorizo a usted la prestación de sus servicios profesionales de Enfermería Superior como apoyo en los procesos de vacunación, en las instalaciones del Edificio Administrativo en el Distrito de Santa Marta.

La presente Orden de Servicio tiene una duración desde el 1 de septiembre de 2020, hasta el 30 de diciembre de 2020, fecha en la cual cesará en sus efectos, una vez prestado el servicio las partes quedan desvinculadas de sus obligaciones. Por la prestación del servicio recibirá la suma mensual de Un Millón Cuatrocientos Doce Mil Setecientos Setenta y Cinco Pesos Moneda Legal ($1.412.775.oo), proporcional por fracción de mes, para un valor total a cancelar de Cinco Millones Seiscientos Cincuenta y Un Mil Cien Pesos Moneda Legal ($5.651.100.oo), según reserva presupuestal No.17674.

El contratista se obliga a cumplir con el servicio contratado teniendo en cuenta el código de ética, trasparencia y anticorrupción GER 1-01-DE-6, el código de buen gobierno, el incumplimiento de estas obligaciones o la indebida prestación del servicio faculta a CAJAMAG para dar por terminada, unilateralmente y sin previo aviso, la presente orden

La Caja de Compensación Familiar del Magdalena, no se responsabiliza por los servicios se presten, sin previa expedición de la respectiva orden de servicio. Sírvase enviar, mensualmente, cuenta de cobro para su cancelación dentro de los diez días siguientes a la prestación del servicio, con el Vo.Bo. del Supervisor Responsable de esta Corporación quien supervisará y certificará la prestación del Servicio.

El contratista tiene la obligación de afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, así como afiliar a los trabajadores o empleados que contrate en desarrollo del servicio contratado al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando exista la obligación legal.

El contratista al aceptar, ejecutar el servicio solicitado mediante la presente Orden de Servicio, afirma bajo la gravedad del juramento que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad y demás prohibiciones previstas en la Ley 21 de 1982, Decreto 2463 de 1981, artículo 23 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que conforman el Sistema del Subsidio Familiar en Colombia.

Asimismo, el contratista como proveedor de servicios acepta los términos establecidos en el Código del Buen Gobierno de Cajamag, en el que la contratación de sus servicios se hace basada en los principios generales de calidad, transparencia, precio y cumplimiento.

El Contratista se obliga y compromete a no comunicar a terceros ni usar en su propio provecho, las informaciones de naturaleza reservada que tenga o llegue a conocer en razón de su vinculación contractual con la Caja y cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios a la entidad, reservándose la corporación el derecho a solicitar el pago de la indemnización por los perjuicios que tal acción genere.

Toda diferencia que surja entre las partes, por la interpretación de términos, condiciones y ejecución de la presente orden de servicio, deberá ser solucionada a través de una conciliación ante el Centro de conciliación de la cámara de Comercio de Santa Marta.

Atentamente,

MARTHA GARCIA VALENCIA
Directora Administrativa

MARTHA ACOSTA PACHECO
Supervisor Responsable

Acepto:

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZÁLEZ
CC 57.434.204 SMTA

USS-002-1701

VIGILADO SuperSubsidio

esimed

NIT 800.215.908-8

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT. 800.215.908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina KACTUS, el (la) Sr(a) **ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALES** identificado(a) con documento de identidad N° **57.434.204**, tiene registrado el siguiente historial de contratos laborales.

Con la empresa **CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP (EN LIQUIDACIÓN) NIT 830.106.376-1** desde el **20 de octubre de 2006,** hasta **el 30 de noviembre de 2015** con el cargo de **ENFERMERO JEFE** y contrato de trabajo **TERMINO INDEFINIDO**, con ultima asignación salarial mensual de **DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS ($2.000.189) M/Cte.**

De acuerdo con cesión de contrato de trabajo suscrita entre la CORPORACION IPS SALUDCOOP y con la empresa **ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS ESIMED S.A NIT 800.215.908-8** desde el día **01 de diciembre de 2015** desempeñando el cargo de **ENFERMERO JEFE,** con contrato de trabajo **TERMINO INDEFINIDO,** con ultima asignación salarial mensual **DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS ($2.000.189) M/Cte.**

Como constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los **30 de enero de 2020**.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra línea celular 3223714566.

Cordialmente,

GABRIEL ENRIQUE PATIÑO QUIÑONES
Apoderado General

Elaboro: Marlen Lemus B - Auxiliar de vinculación

SURGIFast
SOLUCIONES EN AMBIENTE QUIRURGICO
NIT 819.006.339-1
Central Quirúrgica

SURGI-FAST S.A.,

NIT. 819.006.339-1

CERTIFICA

Que la Señora ROSMERY NARVAEZ GONZALEZ, identificada con C.C. Nº 57.434.204 prestó sus servicios profesionales como Enfermera Jefe, desde el 15 de Abril de 2010 hasta el 30 de Marzo de 2012, con unos honorarios de $1.063.000, con un contrato por prestación de servicios.

En constancia de lo antes mencionado extendemos la presente a petición del interesado a los 11 días del mes de Junio del 2013.

SURGI FAST S.A.
NIT 819.006.339-1
MARIA PATRICIA COLEY NIETO

Representante Legal

REPUBLICA DE COLOMBIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia

A N E C

TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ

C.C. 57.434.204 SANTA MARTA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 11088

REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 01/JUL/2005

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 01/JUL/2015

Powered by CamScanner

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

ROSMERY ELENA NARVAEZ GONZALEZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 57434204

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud.

Código: 230101257

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en SANTA MARTA, A los cinco (5) días del mes de Julio de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

590751 - 05/07/2019
No Y FECHA REGISTRO

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
Subdirector CENTRO DE LOGÍSTICA Y PROMOCIÓN ECOTURÍSTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

VIGENCIA
5 de Julio de 2022

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9529002301012 57CC57434204C.