BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA 0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Santa Marta

Número de documento:57293604

Ver perfil | Existencia y Representación | RUP

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA
Nombre abreviado: BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 57293604
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena Municipio: Santa Marta

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA
Identificación: 57293604
Nacionalidad: Colombiana

Indicadores de negocio

Clasificación: Cómo mejorar su clasificación

Recomendaciones 0

Visitas al perfil: 1

Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selección Sin datos
Última actualización:19/08/2025 9:17 AM

5% Datos del perfil
Cómo incluir más datos

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias

Santa Marta, 12 de agosto de 2025

Doctor
HAROLDO PIZARRO NAY
Gerente
E.S.E Alejandro Próspero Reverend

Asunto: Propuesta de Servicios

Reciba un cordial saludo;

Agradeciendo de antemano la confianza depositada, para prestarle los servicios profesionales como Comunicadora Social y Periodista, Especialista en Gerencia Integral de la Calidad, a la E.S.E Alejandro Próspero Reverend.

De esta manera, me permito se permite presentar una propuesta de servicios profesionales tomando como referente el quehacer institucional de la entidad que usted dirige, en el marco de las siguientes actividades:

1. **ACTIVIDADES.**

1.1 Asesoría y apoyo en el componente de Comunicaciones y Prensa de la E.S.E Alejandro Próspero Reverend.

1.2 Apoyar a las distintas áreas de la .E.S.E. en la creación, diseño y ejecución de campañas.

1.3 Diseño y ejecución de estrategias de comunicación interna para mantener informados al público interno(Trabajadores) sobre la gestión de la E.S.E Alejandro Próspero Reverend, mejorar su participación, optimizar el clima laboral y aumentar el sentido de pertenencia,

1.4 Diseño y ejecución de acciones y/o estrategias de comunicación externa para informar y visibilizar sobre el quehacer misional de la E.S.E Alejandro Próspero Reverend, para fortalecer y posicionar su imagen institucional, su portafolio de servicios y mantener una relación con el nicho objetivo (Comunidad).

1.5 Apoyo en la construcción de informes de gestión por logros significativos de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend, para contar con un documento base para las rendiciones de cuenta. (Anual).

1.6 Apoyo en el montaje de rendiciones de cuenta de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend

1.7 Diseño y montaje de Foro Académico semestral en prevención como escenario alternativo de visibilización tomando como referente el componente educativo.

1.8 Construcción de parrilla de contenidos para las redes sociales de la E.S.E Alejandro Próspero Reverend, teniendo en cuenta los servicios que ofrece, con el fin de contar con materiales diarios de su quehacer misional.

1.9 Entrenar a la Dirección y funcionarios de la Alta Dirección para el buen desempeño antes los medios de comunicación (voceros oficiales).

1.10 Dinamizar la organización de información producida por la E.S.E Alejandro Próspero Reverend. mediante un archivo completo de fotografías y dossier de prensa.

1.11 Capacitaciones a funcionarios y administrativos de la E.S.E Alejandro Próspero Reverend en temas de comunicación asertiva.

1.12 Redacción de boletines de prensa.

Agradeciendo su atención,

Atentamente



BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA
Comunicadora Social y Periodista
Especialista en Gerencia Integral de la Calidad
C.C 57.293.604
Cel: 3165358225

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GOMEZ	ZABALETA	BEATRIZ MARTHA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57293604	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES 05 AÑO 1983

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 20 12A 53 barrio Alcazares

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4231916 EMAIL beatry83@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES		AÑO	
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD	10	2011	
PREGRADO	10	X		COMUNICACION SOCIAL Y PERIODISMO	09	2014	

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)

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*
INGLÉS		X				X		X	

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COMUNICADOR SOCIAL PERIODISTA	DESPACHO	AVENIDA 13 50 null

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3165358225	*Día*	02	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	01	*Mes*	10	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COMUNICADOR SOCIAL PERIODISTA	AREA DE PRENSA	AVENIDA LIBERTADOR No 13-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3165358225	*Día*	15	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COMUNICADOR SOCIAL PERIODISTA	AREA DE PRENSA	AVENIDA 13 50 null AVENIDA LIBERTADOR No 13-50

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL				*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	06	*Mes*	03	*Año*	2024		*Día*	14	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* AREA DE PRENSA						*DIRECCIÓN* AVENIDA 13 13 50				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL				*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3165358225		*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2023		*Día*	05	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO 4065-02		*DEPENDENCIA* DE DESPACHO						*DIRECCIÓN* AVENIDA 13 13 50 NORTE				

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL-DELEGACION MAGDALENA				*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4210001		*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	19	*Mes*	08	*Año*	2021		*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL		*DEPENDENCIA* DELEGACIONESºDEPARTAMENTALESºDEºLAºREGIS						*DIRECCIÓN* AVENIDA DEL LIBERTADOR 13-50				

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL				*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4231916		*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	19	*Mes*	08	*Año*	2021		*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO 4065 02		*DEPENDENCIA* DESPACHO DE DELEGADOS DEPARTAMENTALES -						*DIRECCIÓN* CALLE 14 13 50 AVENIDA DEL LIBERTADOR				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA				*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4381000		*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	02	*Mes*	09	*Año*	2019		*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA EXTENSION						*DIRECCIÓN* CALLE 32N 22 08				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4217940	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	24	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ORDEN DE SERVICIOS	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* CALLE 32N 22 08						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4217940	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ORDEN DE SERVICIOS	*DEPENDENCIA* VICERRECTIORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* CALLE 32N 22 08						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	25	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA DE COMUNICACIONES	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	25	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	11	*Año* 2017	*Día*	25	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	06	*Año* 2017	*Día*	09	*Mes*	10	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	05	*Año* 2017	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4235891	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	05	*Año* 2017	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR COMUNICACIONES	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* CALLE 32N 22 08					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año* 2017	*Día*	01	*Mes*	05	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	11	*Año*	2016	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	09	*Año*	2016	*Día*	10	*Mes*	11	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	06	*Año*	2016	*Día*	09	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	02	*Mes*	05	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	07	*Año*	2015	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	03	*Año*	2015	*Día*	18	*Mes*	05	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VICERRECTORIA DE EXTENSION						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4211395	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	10	*Año*	2008	*Día*	02	*Mes*	03	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Avenida del Libertador No 32-201					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4301292	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2008	*Día*	20	*Mes*	10	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* COMUNICACIONES						*DIRECCIÓN* CARRERA 32N 22 08					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION REALIZACIONES CAMPO TELEVISION			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4319003	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2008	*Día*	22	*Mes*	08	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* NOTICIERO						*DIRECCIÓN* CALLE 22N 14 29 Piso 2					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE MEDICOS DE SANTA MARTA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4310957	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	11	*Año*	2007	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PRESIDENCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 22N 2 21 oficina 8					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EDITORA DE MEDIOS S.A			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4214171	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2006	*Día*	07	*Mes*	09	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PERIODICO HOY DIARIO					*DIRECCIÓN* CARRERA 4N 19 49						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD NOTICIERO TELEVISTA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3680945	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	06	*Año*	2005	*Día*	28	*Mes*	06	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* NOTICIERO					*DIRECCIÓN* CARRERA 57N 74 84						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	02	*Año*	2005	*Día*	08	*Mes*	06	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALA CIVIL FAMILIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE MEDICOS DE SANTA MARTA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4310957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	06	*Año*	2004	*Día*	15	*Mes*	01	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PRESIDENCIA					*DIRECCIÓN* CALLE 22N 2 21 oficina 8						

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*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	11	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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*

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	2025-03-21 11:04

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
BEATRIZ	MARTHA	GOMEZ	ZABALETA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	57293604

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	["Av Libertador N° 25-67"]
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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$88.801.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$6.843.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$95.644.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$15.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDI 10	$350.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	PABLO	TUIRAN	GUTIERREZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 84457151

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. INTERES 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:

En los resultados de su búsqueda encontrará la siguiente información: **Declarante**: nombre o razón social y número de documento de identidad de quien declara; **Entidad**: sobre la cual el declarante registra sus posibles conflictos de intereses; **Cargo/Contratista**: cargo del declarante en la entidad señalada, o si es contratista en ella; **Tipo de publicación**: si la declaración es de Ingreso, Retiro, Periódica u Otra (Ley 2013 de 2019); **Declaración No.**: número y versión de la declaración, y versión que corrige/modifica; **Fecha de publicación**: fecha en la cual el declarante publicó la declaración y **Estado declaración**: Finalizado o En revisión.

El estado Finalizado indica que el sujeto obligado seleccionó su Entidad y Cargo de las listas disponibles en el sistema; En revisión indica que la Entidad o el Cargo fueron diligenciados por el sujeto obligado y el Departamento Administrativo de la Función Pública verificara la información consignada para precisar su validez legal antes de marcar el registro con estado Finalizado.

Realice una consulta

Tipo de persona	NATURAL
Primer nombre	BEATRIZ
Segundo nombre	MARTHA
Primer apellido	GOMEZ
Segundo apellido	ZABALETA
Número de documento de identidad	57293604
Nombre entidad	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND
Fecha de publicación	21/03/2025 hasta dd/mm/yyyy

Buscar | Limpiar búsqueda | Ir a Módulo de reporte de información

RECUERDE QUE: En virtud del principio de buena fe, se presume que la información consignada por los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 es verídica y, por ende, es de uso legal hasta tanto se desvirtúe con los mecanismos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente.

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA CEDULA DE CIUDADANIA - 57293604	Declaración Ley 2013 de 2019 / Visualizar declaración de Renta	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	2596813-01 Declaración inicial	2025-03-21 11:04	FINALIZADO

Ver Aviso de privacidad | Ver Política de Tratamiento de la Información de Datos Personales

E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND
SANTA MARTA D.T.C.H.

¡Correo verificado exitosamente!

Ahora puedes iniciar sesión en tu cuenta :-)

Ir a la página de inicio de sesión de Asocia2

envenid@ BEATRIZ MARTHA GOMEZ BALETA a la zona privada de nuestra Extranet!



acio, encontrarás el formulario de **actualización de datos precontractuales**, así como toda la e necesitas sobre nuestros afiliados y sus contratos relacionados, además de otras utilidades para mejorar nuestra experiencia laboral.

Si tienes alguna pregunta o necesitas asistencia, no dudes en contactarnos.

Atentamente, Área de Sistemas de Información

Actualizar informe de la poblacion reportada por las EPS-S, más las actualizaciones diarias:

ión Afiliada a corte domingo, 16 de marzo de 2025, 6:10 p. m.: [266.852]

CAJACOPI PYM
[39.089]

CAJACOPI RECUPERACION
[15.905]

COOSALUD PYM-REC
[83.447]

COOSALUD PORTABILIDAD
[1.872]

Bienvenida BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA

- Salir

audio-control works!

Inicio > Perfil > Usuarios > Afiliados > Traslado > Salir

Datos Incompletos

Descargas

Autorizacion Tratamiento de Datos Personales | Compromiso de confidencialidad | Formulario SARLAFT | Lista de Exámenes Médicos

Perfil - Formulario Precontractual

Inicio > Asocia2 > Perfil

Foto de Perfil

Foto tipo carné, para acreditar la identidad



Seleccionar archivo foto Beatriz Gómez.jpg

Actualizar imagen

Cambiar contraseña

Datos Personales

Actualización

Fecha Última Actualización

2025-03-16T22:06:50

Nombre de usuario

BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA

Correo electrónico

beatry83@hotmail.com

Tipo de Documento

Cédula de Ciudadanía

Cédula

57293604

Lugar de Expedición del Documento

SANTA MARTA

Fecha de Expedición

20/6/2001

Sexo

Femenino

Inicio

Perfil

Consultas

- Usuarios
- Afiliados
- Traslados

Salir

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
[3.246]

MUTUALSER PYM SUB
[67.520]

MUTUALSER REC SUB
[28.392]

MUTUALSER PYM CONTRIB
[2.063]

MUTUALSER REC CONTRIB
[168]

NUEVA EPS
[69.615]

Identidad de Género

Estado Civil

Casado(a)

Nacionalidad: Colombiano

Si selecciona "Otro"...

Fecha de Nacimiento

23/5/1983

Lugar de nacimiento

SANTA MARTA

Dirección de Residencia

CALLE 20 N 12A - 53

Municipio

SANTA MARTA

Departamento

MAGDALENA

¿Tiene hijos? Sí

Número de hijos:

1

Personas a cargo

1

Celular

3165358225

Contacto de Emergencia

JUAN PABLO TUIRAN

Celular Contacto de Emergencia

3015250807

Tipo de Vivienda

Arriendo

Estrato

4

Zona de residencia

Urbana

¿Tiene discapacidad? NO

¿Cuál(es)?...

¿Pertenece a un grupo étnico? No

¿Es usted víctima del conflicto?

NO

¿Es usted víctima de desplazamiento?

NO

Idioma Nativo: Español

Informacion Profesional y Laboral

Actualización

Tipo de Ocupación

Empleado

Nivel de Escolaridad

Postgrado

Título obtenido

ESPECIALISTA EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD

Fecha del Título

25/11/2011

¿Primer Empleo?

- Sí
- No

Contrato Vigente o Inmediatamente Anterior

Actualización

Nombre de la Empresa

REGISTRADURIA NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL

Tipo de Entidad

Pública

Ubicación de la entidad: PAIS-DEPARTAMENTO-CIUDAD

COLOMBIA-MAGDALENA-SANTA MARTA

Email de la Entidad

bmgomez@registraduria.gov.co

Actividad Contractual

ENLACE PRENSA

Tipo de afiliación: Régimen contributivo

EPS: EPS SANITAS

¿Está inscrito en el SISBÉN?

No

Actualizar Datos

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y demás normativas vigentes en Colombia en materia de protección de datos personales, la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, con NIT 819.004.070, actuando como responsable del Tratamiento de Datos Personales, solicita a sus empleados, contratistas y demás vinculados, la autorización expresa para la recolección y tratamiento de sus datos personales.

Al aceptar esta autorización, usted consiente de manera libre, previa, expresa, voluntaria e inequívoca, que la E.S.E Alejandro Prospero Reverend recoja, almacene, procese, transmita y transfiera sus datos personales, los cuales se utilizarán para fines relacionados con la gestión de talento humano, contratación, cumplimiento de obligaciones contractuales y laborales, desarrollo de políticas internas, y demás propósitos necesarios para el desarrollo de la misión de la entidad.

Finalidades del Tratamiento de Datos Personales: La E.S.E Alejandro Prospero Reverend tratará sus datos personales para gestionar el vínculo laboral o contractual, lo que incluye procesos administrativos como nómina, prestaciones sociales, seguridad social, consultar sus datos en en las siguientes bases de datos: Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional, Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República, Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional y RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (solo personal de salud) y, facilitar la comunicación con usted. Además, los datos se usarán para cumplir con las políticas internas de la empresa, normas laborales, seguridad de la información, y administrar el acceso a sistemas, activos, así como el control de asistencia y desempeño.

Derechos del Titular: Como titular de los datos personales, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar prueba de la autorización para el tratamiento de sus datos. Puede ser informado del uso de sus datos, revocar la autorización o solicitar la supresión de los mismos, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend a través de los siguientes canales:

- Sede Administrativa, Av. Libertador # 25 - 67, Santa Marta D.T.C.H., Magdalena
- Correo electrónico: tratamientodatospersonales@esealprorev.gov.co
- Teléfono: +57 333 033 4416
- Página web: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co/

Aceptación y Firma: Leído lo anterior, al firmar este documento, usted autoriza de manera libre, expresa e inequívoca a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo establecido.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 12 de Agosto de 2025

FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA:	BGomezZabaleta
NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA	BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA
N°. IDENTIFICACIÓN DEL	57293604

Vigilado Supersalud

EMPLEADO/CONTRATISTA	

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, y **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA**, identificado(a) con **C.C. 57293604**, en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Naturaleza de Acuerdo
Este es un acuerdo de confidencialidad **unilateral**, en el cual la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** será la única parte que revelará información confidencial al colaborador. Por lo tanto, El colaborador se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso, sin tener derecho a compartirla ni utilizarla para fines distintos a los autorizados.

Objeto del Acuerdo
El presente acuerdo tiene como objetivo proteger la información de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, a la que el colaborador tenga acceso durante el ejercicio de sus funciones y/o actividades. Esta información incluye, pero no se limita a, datos técnicos, operativos, administrativos y cualquier otra información relacionada con la misión de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** en la prestación de servicios de salud, manejo de casos clínicos, datos sobre pacientes, procedimientos internos, estrategias de negocio, listas de usuarios o proveedores, y cualquier otra información según las políticas internas de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Este acuerdo también se ajusta a las disposiciones generales del Código Civil, Libro IV, sobre las obligaciones y contratos, así como a los artículos 194 y 308 del Código Penal, en relación con la divulgación de documentos reservados y violación de la reserva industrial o comercial.

Obligaciones del colaborador
El colaborador se compromete a:

- Cumplir con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015. Además, aplicar los procedimientos y lineamientos contemplados en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, los cuales están disponibles en la página web oficial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co.
- No divulgar, compartir o utilizar la información confidencial para fines distintos a los autorizados expresamente por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.
- Proteger la información a través de las medidas de seguridad proporcionadas por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, así como aquellas requeridas por la naturaleza de la información.
- No realizar copias, reproducciones o almacenamientos no autorizados de la información.
- Devolver cualquier información confidencial que esté bajo su custodia al término de la relación laboral o contractual, sin conservar copias en ningún formato.
- Reportar de inmediato cualquier incidente o brecha de seguridad que pueda comprometer la información confidencial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Uso de la Información

Vigilado Supersalud

El colaborador sólo podrá utilizar la información confidencial para los fines expresamente autorizados por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, en el marco de sus actividades laborales o contractuales.

Duración del Compromiso
Este compromiso se mantendrá vigente durante todo el periodo en que el colaborador preste sus servicios a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** y continuará de forma indefinida después de la terminación de la relación laboral o contractual, independientemente de las causas de dicha terminación.

Consecuencias del Incumplimiento
El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acuerdo dará lugar a sanciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato, además de posibles acciones civiles, administrativas y penales, según la normativa vigente.

Excepciones
Este acuerdo no será aplicable a la información que sea requerida por una autoridad judicial o administrativa, siempre y cuando El colaborador notifique previamente a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** sobre dicha obligación de divulgación.

Firma y Aceptación
El colaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 11 de Agosto de 2025

FIRMA DEL COLABORADOR:	BGomezZabaleta
NOMBRE COLABORADOR	BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA
N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR	57.293.604

Vigilado Supersalud

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
57293604
NUMERO



GOMEZ ZABALETA
APELLIDOS

BEATRIZ MARTHA
NOMBRES

Beatriz M. Gómez Z.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1983
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

20-JUN-2001 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2100100-51110101-F-0057293604-20030205 04457 03031A 02 116104590

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141168137324

(415)7707212489984(8020) 000014116813732 4

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

IDENTIFICACIÓN

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

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
GOMEZ	ZABALETA	BEATRIZ	MARTHA

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: CL 20 12 A 51 BRR LOS ALCAZARES

42. Correo electrónico: beatry83@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 1 0 8 1 9					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GOMEZ ZABALETA BEATRIZ MARTHA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 57293604 **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 19/08/2025 10:05 AM

Código Verificación: **DMEPK74ZQ3**

Válida hasta: **17/11/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

UNIVERSIDAD
SERGIO ARBOLEDA

La Universidad Sergio Arboleda

Certifica que:

Beatriz Martha Gómez Zabaleta

C.C. No. 57.293.604 de Santa Marta

Cursó y aprobó satisfactoriamente el curso

Auditoría Interna de Calidad ISO 9001:2008

Realizado en el mes de marzo de 2011 con una intensidad de veinte (20) horas.
Se firma en Santa Marta, a los veinticinco (25) días del mes de noviembre de 2011

JORGE MEDINA FERNÁNDEZ DE SOTO
Director Especialización
Gerencia Integral de la Calidad

DARÍO LOMBANA ROBAYO
Lead Auditor
Reg. IRCA 1084

CAMILO NOGUERA ABELLO
Secretario General
Seccional Santa Marta

UNIVERSIDAD DEL NORTE

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973, representada por el Consejo Directivo y el Rector;

teniendo en cuenta que:

BEATRIZ MÁRTHA GOMEZ ZABALETA

C.C. No. 57.293.604 de Santa Marta

Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:

COMUNICADORA SOCIAL Y PERIODISTA

Dado en Barranquilla, a los 25 días del mes de Septiembre de 2004

SERGIO ARBOLEDA

ESCUELA DE POSTGRADOS

LA UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA CON PERSONERÍA JURÍDICA RECONOCIDA MEDIANTE LA RESOLUCIÓN NO. 16377 DEL 29 DE CTUBRE DE 1984 Y LA RESOLUCIÓN NO. 3472 DEL 8 DE AGOSTO DE 1996, EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONA

TENIENDO EN CUENTA QUE

Beatriz Martha Gómez Zabaleta

C.C. 57'293.604 de Santa Marta

CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES, EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LE OTORGA EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN **Gerencia Integral de la Calidad**

AL MISMO TIEMPO GARANTIZA, BAJO LA FE PÚBLICA DE QUE SE HALLA INVESTIDA POR MINISTERIO DE LA LEY, SU FORMACIÓN EN ESTA DISCIPLINA.

EN TESTIMONIO DE TODO LO CUAL, FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE Santa Marta

EL DÍA 25 DEL MES DE noviembre DEL AÑO DE 2011

UNIVERSIDAD DEL NORTE

EL INSTITUTO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE

Certifica que:

Beatriz Martha Gómez Zabaleta

Número de Identidad *57.293.604 de Santa Marta*

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Universidad en el **PROGRAMA INTERNO DE INGLES**, correspondiente a ocho (8) niveles con una intensidad de 64 horas cada uno.

Dado en Barranquilla, a los *03* días del mes de *junio* del *2003*

Vicerrector Académico

INSTITUTO DE IDIOMAS

Dirección Instituto de Idiomas

INNOPOLÍTICA
IBEROAMÉRICA

The Graduate School
of Political Management
THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY

The Graduate School of Political Management certifies to all parties that

Beatriz Martha Gómez Zabaleta

Cédula de ciudadanía No. 57.293.604 de Colombia
has participated in the advanced course:

Herramientas para la participación Política

April 20th - June 26th, 2021

The George Washington University,
City of Washington, District of Columbia, United States of America.

JAIME GUTIÉRREZ
Director Innopolítica

ROBERTO IZURIETA
Director Latin American Program
The Graduate School of Political Management
The George Washington University

Registró 0482 del folio 008- Libro de registro 03

LA UNIVERSIDAD DEL NORTE

TENIENDO EN CUENTA QUE:

BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA

C.C.57.293.604 de Santa Marta (Magd.)

Cursó en la Universidad del Norte (16) créditos académicos adicionales a los exigidos para obtener el título de pregrado en

COMUNICADORA SOCIAL Y PERIODISTA

y cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos, completando (256) horas de estudios, investigación y trabajos dirigidos, correspondientes a (8) cursos en el programa Concentración de Estudios, le otorga el diploma de:

MINOR EN PRODUCCION DE COMERCIALES

UNIVERSIDAD DEL NORTE

Para constancia firma

Coordinación del Programa

Dirección de Registro

Barranquilla, **Septiembre 25 de 2004**

Identificador: y8=C vx0* 75nK /0Ku SVp= RaFo *&GO
URL https://certificados.usergioarboleda.edu.co/

ECCO
EDUCACIÓN EJECUTIVA|CONTINUADA|
POR COMPETENCIAS

UNIVERSIDAD
SERGIO ARBOLEDA

CERTIFICA QUE

Beatriz Martha Gómez Zabaleta

C.C. 57.293.604

Participó y aprobó el diplomado en

CUBRIMIENTO DE PROCESOS ELECTORALES Y COMUNICACIÓN POLÍTICA

Que se llevó a cabo del 29 de septiembre al 4 de diciembre de 2021,
con una duración de ochenta (80) horas.
Se firma en Bogotá, D.C., a los cuatro (04) días del mes de diciembre de 2021.

JUAN CARLOS CÁRDENAS NIÑO
SECRETARIO GENERAL
UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA

LEONARDO ARANGO MARTÍNEZ
DIRECTOR EDUCACIÓN EJECUTIVA, CONTINUADA Y POR COMPETENCIAS
UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA

Universidad Sergio Arboleda código SNIES 1728 · Resolución No.16377 del 29 de octubre de 1984 y 6423 del 05 de agosto de 2011· Ministerio de Educación Nacional · Carácter académico: universitario. Resolución Acreditación Institucional de Alta Calidad - Multicampus 3659 de 05/04/2019 vigente por 6 años. Institución sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional. En cumplimiento de la Resolución 12220 del 20 de junio de 2016, visite: http://www.usergioarboleda.edu.co/institucional/

VIGILADA MINEDUCACIÓN

TELE VISTA

Carrera 57 No. 74 - 84
PBX-FAX: 3680945
noticierotelevista@metrotel.net.co
NIT. 890.116.552-2

CERTIFICAMOS

Que la señorita BEATRIZ GOMEZ ZABALETA identificada con cédula de ciudadanía No.57.293.604 de Santa Marta (Mag) prestó sus servicios en nuestra empresa desde el 16 de Junio del 2.005 hasta el 28 de Junio de 2.006 como periodista y jefe de corresponsales de nuestro Noticiero.

Este certificado se expide a los siete (07) días del mes de Octubre del 2.008.

Atentamente,

Nancy L. P

TELE VISTA

NANCY LANDAZURY P
DPTO DE RECURSOS HUMANOS

ASOMED

Nit. 819.002.032

Santa Marta, 10 de octubre de 2008

LA ASOCIACIÓN DE MÉDICOS DE SANTA MARTA (ASOMED)

CERTIFICA QUE

BEATRIZ MARTHA GÓMEZ ZABALETA, identificada con la cédula de ciudadanía No 57.293.604 de Santa Marta, prestó sus servicios como Comunicadora Social y Periodista, en la asesoría y logística para los congresos y demás eventos , en los periodos comprendidos del 8 de junio de 2004 al 15 de enero del 2005 y en una segunda oportunidad del 2 de noviembre del 2007 al 15 de diciembre de 2007.

Pedro Gómez A.

Pedro Gómez Añez
c.c 85.449.955 de Sta Mta
Jefe Inmediato

Calle 22 Nº 2-21 Oficina 8 Teléfonos: 4310957- 431 46 68 Fax: 4310957
E-mail: asomedsm@hotmail.com • Santa Marta D. T. C. H. Colombia

EDITORA DE MEDIOS S.A.

Carrera 4 No. 19 – 49 Tel: 4214171 – 4213765 - 4214085 Fax. 4211376 Nit: 819.004.091
Santa Marta – Colombia

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA EDITORA DE MEDIOS S.A.

HACE CONSTAR:

Que verificados los archivos de la empresa, en la fecha en que se suscribe el presente documento, se hace constar que la señorita **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA,** identificada con la Cédula de Ciudadanía 57.293.604 expedida en Santa Marta, laboró en esta empresa durante el periódo comprendido, desde el 1 de Septiembre de 2006 hasta el 7 de Septiembre de 2007, desempeñándose en el cargo de Periodista.

LA EMPRESA EDITORA DE MEDIOS S.A. Y EL TRABAJADOR DECLARAN

A petición del interesado, se ha consignado en el presente documento la información solicitada, la cual de acuerdo a las partes, sólo tendrá validez de carácter comercial. Cualquier pretensión que se invoque por presuntos derechos laborales, se declaran estos inciertos y por ningún motivo las partes tendrán en consideración lo aquí expresado, ni la misma se constituye en prueba apta para desentrabar cualquier proceso legal hacia el futuro.

Se expide esta constancia a petición del interesado(a), a los Seis (6) días del mes de Enero de 2011.

Editora de Medios S.A.

JORGE CONTRERAS FEBLES
Gerente

SARA REYES AVENDAÑO
Asistente Administrativa

FUNDACION REALIZACIONES CAMPO TELEVISION
Nit.900101976-1

HACE CONSTAR

Que la señorita **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA,** identificada con cedula de ciudadanía numero 57.293.604 de Santa Marta, presto sus servicios como periodista para el **Noticiero PCT en La Noticia del canal 12 de Telmex**; con un contrato de prestación de servicios, en el periodo comprendido del 16 de enero del año 2008 al 22 de agosto del año 2008.

Para constancia se firma a los 07 días del mes de octubre de 2008, a petición de la parte interesada.

Lia Margarita del Toro M.
LIA MARGARITA DEL TORO
Gerente Administrativo

Dirección Calle 22 No. 14-29 Piso 2 Teléfonos: 4319003 – 4319087. Santa Marta, D.T.C.H. Colombia
E-mail: comercial_fundatv@yahoo.com

LA DOCTORA MARGARITA LEONOR CABELLO BLANCO MAGISTRADA DE LA SALA CIVIL FAMILIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICLA DE BARRANQUILLA

CERTIFICA

Que ***BEATRIZ MARTHA GÓMEZ ZABALETA,*** *identificada con la C. C No. 57.293.604 de Santa Marta (Magdalena) prestó sus servicios como Comunicadora Social y Periodista en la asesoria, planeación y logistica en la celebración del Centenario del Tribuna Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, en el periodo comprendido entre el diez (10) de febrero al ocho de junio del año dos mil cinco (2006).-*

Se expide la presente certificación en Barranquilla, a los Diez (10) días del Mes de Octubre del año Dos Mil Ocho (2.007).-

MARGARITA LEONOR CABELLO BLANCO
MAGISTRADA

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 2028 GRADO 12 COORDINADOR DEL GRUPO DE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVA DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL MAGDALENA

CERTIFICA

Que la funcionaria **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 57.293.604 expedida en Santa Marta, laboró en esta entidad desde el día veintinueve 21 de octubre de 2008 hasta el 27 de febrero de 2015.

Que desempeñó el cargo de Libre Nombramiento y Remoción de Profesional Especializado Grado 16 cuyo propósito del cargo es aplicar los componentes del sistema de control interno sobre la información y comunicación pública, para la gestión de la imagen corporativa, a través del sistema integrado de gestión, propendiendo por la sostenibilidad ambiental, y sus funciones son:

1. Aplicar la gestión de la comunicación pública, acorde con el modelo estándar de control interno, normas de gestión y legales, lineamiento de la Dirección General, los procesos y procedimientos.

2. Velar por la clasificación de la información definida en el componente del sistema de control interno.

3. Elaborar el Plan de Comunicaciones de la entidad, definiendo los mecanismos internos y externos de socialización de la información, generada por la institución, gestionando la aprobación por parte del Director General.

4. Velar por el uso de los medios de comunicación definidos en el Plan de Comunicaciones, cuando se requiera la divulgación, circulación amplia y focalizada de la información, hacia los diferentes grupos de interés.

5. Organizar la ejecución de las audiencias públicas y rendición de cuentas de la Corporación, de acuerdo a las normas vigentes.

6. Obtener la información primaria sobre la ejecución de las audiencias públicas y rendición de cuentas, mediante encuesta, entregando su respectiva tabulación y análisis al Asesor de Control Interno.

7. Promover por la imagen corporativa de la institución, acorde con las normas, procesos y procedimientos del sistema integrado de gestión establecidos en la Corporación.

8. Operar las herramientas tecnológicas a su cargo de acuerdo a los procedimientos del sistema integrado de gestión.

9. Velar por el adecuado funcionamiento y responder por los bienes entregados en custodia, para el ejercicio de sus funciones.

10. Administrar los equipos audiovisuales y la infraestructura que se requieran en la realización de eventos de la entidad.

11. Asegurar la confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información de la Corporación, acorde con las normas vigentes.

12. Asegurar el sostenimiento del Sistema Integrado de Gestión y propender por la ejecución de las correcciones, acciones correctivas, preventivas y/o de mejoras cuando se requiera.

13. Y las demás que les sean asignadas por autoridad competente, de acuerdo con el área de desempeño.

Que el último salario devengado fue de TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS ($3.387.997).

Se expide el presente certificado a solicitud de la parte interesada a los dos (2) días del mes de marzo de 2015

NANCY CAROLINA SANCHEZ CALLE

Dirección
Distrital de
Liquidaciones

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
Distrito Especial, Industrial y Portuario

LA ASESORA DE LA OFICINA DE GESTIÓN HUMANA DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE LIQUIDACIONES

CERTIFICA:

Que la señora **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA** identificada con cédula de ciudadanía **Nº57.293.604,** suscribió contrato de prestación de servicios profesionales **N°045/2015** con la **DIRECCIÓN DISTRITAL DE LIQUIDACIONES** para el periodo comprendido entre el 15 de Abril al 30 de Mayo del 2015, cuyo objeto era "Prestación de servicios profesionales a la Dirección Distrital de Liquidaciones, para brindar asesoría y monitorear la oficina de Comunicaciones de la entidad" percibiendo por conceptos de honorarios la suma total de **SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000)**, el cual se encuentra ejecutado.

Que la señora **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA** identificada con cédula de ciudadanía **Nº57.293.604,** suscribió contrato de prestación de servicios profesionales **N°068/2015** con la **DIRECCIÓN DISTRITAL DE LIQUIDACIONES** para el periodo comprendido entre el 01 de Junio al 31 de Diciembre del 2015, cuyo objeto era "Prestación de servicios profesionales a la Dirección Distrital de Liquidaciones, para brindar asesoría y monitorear la oficina de Comunicaciones de la entidad" percibiendo por conceptos de honorarios la suma total de **VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS ($28.000.000)**, el cual se encuentra ejecutado.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada al los doce (12) días del mes de Enero del año dos mil dieciséis (2016).

Cordialmente,

KELLY MARIA SUAREZ FERNANDEZ
Asesora Oficina de Gestión Humana
Dirección Distrital de Liquidaciones

Carrera 54 No. 74-127
Barranquilla - Atlántico. Colombia
www.dirliquidaciones.gov.co
info@dirliquidaciones.gov.co
notijudicial@dirliquidaciones.gov.co
PBX: (+57) 5 370 0644
FAX: (+57) 5 370 0644, 372 1672 Ext. 156, 138.
Código Postal: 080003

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

LOS SUSCRITOS DELEGADOS DEPARTAMENTALES EN LA CIRCUNSCRIPCION ELECTORAL DEL MAGDALENA

HACEN CONSTAR

Que la Señora **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA**, identificada con la cédula de ciudadanía **57.293.604**, es servidora de esta Entidad en calidad y viene prestando sus servicios como se indica acontinuación:

No.	Fecha Inicio	Fecha Final	Cargo	Clase de Nombramiento
01	19/08/2021	04/02/2022	Profesional Universitario 3020-01	Supernumerario
02	05/02/2022	31/03/2023	Profesional Universitario 3020-01	Supernumerario
03	01/04/2023	31/08/2023	Profesional Universitario 3020-01	Supernumerario
04	01/09/2023	30/11/2023	Profesional Universitario 3020-01	Supernumerario
05	01/12/2023	05/03/2024	Técnico Administrativo 4065-02	Provisional
06	06/03/2024	14/05/2024	Técnico Administrativo 4065-02	Provisional
07	15/05/2024	01/08/2024	Técnico Administrativo 4065-02	Provisional
08	02/08/2024	01/10/2024	Técnico Administrativo 4065-02	Provisional
09	02/10/2024	03/02/2025	Técnico Administrativo 4065-02	Provisional

Que actualmente se desempeña como Provisional en el cargo de Técnico Administrativo 4065-02

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, para los fines a que haya lugar

Dada en Santa Marta al tres (03) día del mes de febrero del 2025.

RICARDO MONTOYA INFANTE **YURLEIDIS GRANADOS GLEN**
Delegados Departamentales del Registrador Nacional del Estado Civil en el Magdalena

Proyecto: Rafael Jaramillo P
Reviso: Yurisan Rivero Herrera

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Beatriz Martha Gomez Zabaleta** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **57293604,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57293604
NOMBRES Y APELLIDOS	Beatriz Martha Gomez Zabaleta
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	23/05/1983
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2013
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	333 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 57293604 BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA Desde 20/05/2025 - Vigente
N.I.T. 899999040 REGISTRADURIANACIONAL DEL ESTADO CIVIL Desde 01/01/2024 Hasta 02/05/2025

Generado por jorisanchez 12/08/2025

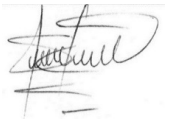
ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57293604,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2014** 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 19 de agosto de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND
SANTA MARTA D.T.C.H.

NIT 819.004.070-5

ALCALDÍA DE SANTA MARTA
Distrito Turístico Cultural e Histórico

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 Versión: 003 | 11/ene/2025 Fecha de creación: 06/feb/2023

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento: Cedula de ciudadania	Número de documento: 57.293.604	Lugar de expedición: SANTA MARTA	
Primer apellido: GOMEZ	Segundo apellido: ZABALETA	Nombres: BEATRIZ MARTHA	
Nacionalidad: COLOMBIA	Dirección de domicilio: CALLE 20 No. 12ª - 53		
Departamento: MAGDALENA	Ciudad	Municipio: SANTA MARTA	Correo electrónico: beatry83@hotmail.com	
Número de contacto: 3165358225	Lugar de nacimiento: SANTA MARTA	Fecha de nacimiento: 23 DE MAYO DE 1983	Estado civil: CASADA
Actividad principal que desempeña actualmente:			Código actividad en RUT (4 dígitos):

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres: NATALIA PINEDO ZABALETA	Dirección:	Teléfono: 3043870068
Apellidos y nombres: ARMANDO GOMEZ ZABALETA	Dirección:	Teléfono: 3017939521

PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (PEP)'

¿Maneja recursos públicos? Si [ ] No [X]	¿Tiene reconocimiento público? Si [ ] No [X]	¿Ejerce algún grado de poder público? Si [ ] No [X]
¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta? Si [ ] No [X]	¿Cuál?	

INFORMACION FINANCIERA

Ingreso mensual: 4.100.000	Otros ingresos mensuales:	Total ingreso mensuales: 4.100.000	Total egresos mensuales: 2.500.000
Total activos:	Total pasivos:	Información financiera a corte:	
Indique el concepto de otros ingresos:			

INFORMACION BANCARIA

Entidad bancaria: BANCOLOMBIA	Número de cuenta: 781-260577-41	Tipo de cuenta: AHORROS
Entidad bancaria:	Número de cuenta:	Tipo de cuenta:
Entidad bancaria:	Número de cuenta:	Tipo de cuenta:
¿Realiza negocios en moneda extranjera? Si [ ] No [X]	Tipo de cuenta:	
	¿Cuál?	

INFORMACIÓN BANCARIA

¿Tiene productos financieros en moneda extranjera? Si [ ] No [X]	Tipo de producto:	Número de producto:
	Entidad financiera:	País:

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.
4. De manera irrevocable autorizo a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend***, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

DECLARACIONES ADICIONALES

¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI	NO X	¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton?	SI NO X

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** como tratante de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.
La información y datos personales suministrados a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en https://www.esealprorev.gov.co
Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

SI X
NO

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma

OPERACIONES INTERNACIONALES

Certificado
Bancario

Jueves, 24 de abril de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA identificado(a) con CC 57293604, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	78126057741	2021/09/10	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

SOLAB SAS
Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **17/03/2025 07:12:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA**

Cargo **CONTRATISTA** Doc. Identidad **CC 57293604**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 VALORACION PSICOLOGICA
4 GLICEMIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO
Sin restricciones para el cargo	(X)	( )
Con restricciones para el cargo	( )	( )
Requiere recomendaciones especificas para el cargo	( )	( )
Aplazado	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para manipulación de alimentos	( )	( )
Apto para conducir	( )	( )

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Sin restricciones para continuar desempeñando el cargo	( )	( )
Con restricciones para continuar desempeñando el cargo	( )	( )
Requiere recomendaciones especificas	( )	( )
Requiere reubicación laboral	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para manipulación de alimentos	( )	( )
Apto para conducir	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Enfermedad laboral	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI (X)	NO ( )	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI (X)	NO ( )

HIGIENE POSTURAS, PAUSAS ACTIVAS, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, USO DEL EPP PARA LA LABOR E HIDRATACIÓN ADECUADA PARA LA LABOR, DIETA Y EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO.

VALORACION POR OPTOMETRIA DE SU EPS

NOTA: - SE REALIZÓ ENCUESTA PARA COVID 19 - CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19.

DRA. MALORY SAAVEDRA PIMIENTA
RM. 1065612272
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 0627

Trabajador: BEATRIZ MARTHA GOMEZ
CC: 57293604
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

SOLAB SAS

Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **20/03/2025**

Doc. Identidad **CC 57293604** Nombre **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA** Fecha Nacimiento. **23/05/1983**
Entidad **PARTICULAR** Edad **41 años** Ocupación **CONTRATISTA**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa EXAMEN FISICO 35000 Cargo CONTRATISTA Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn COLPENSIONES EPS Sanitas EPS ARL ARP - POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

ANAMNESIS

Último Examen Visual **1 AÑO** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminucíon visual de cerca ( ) Disminucíon visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares **NO REFIERE**

AGUDEZA VISUAL

	CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD					**20/25**	**1 M**
OI					**20/25**	**1 M**
AO					**20/20**	**0.75 M**

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:	**NEVUS TEMORAL**	

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHOFORICO** VP: HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC: **10 CM**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**80 SEG DE**	**NORMAL**
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**80 SEG DE**	**NORMAL**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica (X) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

AME AMETROPE

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
SE SUGIERE VALORACION POR OPTOMERIA

CARMEN MABEL GRANDA RODRIGUEZ
OPTOMETRA

SOLAB IPS
NIT. 900724151-6
Laboratorio Clínico * Salud Ocupacional * Medicina General
Cra 3a. No. 24 - 113 El Prado Tel: 4235858 - 4233613
Santa Marta-Magdalena

Impreso	20 mar. 2025 04:01:24 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20161109	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 1	
Paciente	**GOMEZ ZABALETA BEATRIZ MARTHA**			Sexo F	Edad 41A 9M 28D	**Nro. De Recepción**	**201458**
Identif.	CC 57293604	Teléfono 3165358225			Fecha De Recepción	20 mar. 2025 06:51:04 am	
Entidad	SOLAB			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

		Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA				
1 .	Glicemia en Ayunas	77,40	mg/dl	70 a 105

Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro:	20 a 60
0 a 1 dia:	40 a 60 mg/dl
> 1 dia:	50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos:	70 a 105mg/dl

Dra. Magaly Manotas A.
Bacterióloga

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o complementarios, a partir de la información recibida. Certifico que la información que he suministrado, es verdadera, completa y no he omitido información sobre mi estado de salud, acepto el manejo de confidencialidad que SOLAB S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la empresa y la realización de estudios de investigación con fines científicos (Ley 1581 de 2012), suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo - SG-SST.

NOTA ACLARATORIA

*Este certificado no es válido para trámites de licencia de conducción

DRA. MALORY SAAVEDRA PIMIENTA
RM. 1065612272
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 0627

Trabajador: BEATRIZ MARTHA GOMEZ
CC: 57293604
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Certificado
Bancario

Jueves, 24 de abril de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA identificado(a) con CC 57293604, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	78126057741	2021/09/10	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

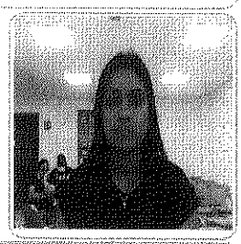
Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

SOLAB SAS
Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **17/03/2025 07:12:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA**

Cargo **CONTRATISTA** Doc. Identidad **CC 57293604**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 VALORACION PSICOLOGICA
4 GLICEMIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO
Sin restricciones para el cargo	⊗	○
Con restricciones para el cargo	○	○
Requiere recomendaciones especificas para el cargo	○	○
Aplazado	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para manipulación de alimentos	○	○
Apto para conducir	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Sin restricciones para continuar desempeñando el cargo	○	○
Con restricciones para continuar desempeñando el cargo	○	○
Requiere recomendaciones especificas	○	○
Requiere reubicación laboral	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para manipulación de alimentos	○	○
Apto para conducir	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Enfermedad laboral	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Visual ⊗ | Auditivo ○ | Respiratorio ○ | Cardiovascular ○ | Psicosocial ○ | Ergonómico ○ | Otros ○

REMISIÓN	SI ⊗ NO ○	ARL	SI ○ NO ○	EPS	SI ⊗ NO ○

HIGIENE POSTURAS, PAUSAS ACTIVAS, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, USO DEL EPP PARA LA LABOR E HIDRATACIÓN ADECUADA PARA LA LABOR, DIETA Y EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO.

VALORACION POR OPTOMETRIA DE SU EPS

NOTA: - SE REALIZÓ ENCUESTA PARA COVID 19 - CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19.

DRA. MALORY SAAVEDRA PIMIENTA
RM. 1065612272
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 0627

Trabajador: BEATRIZ MARTHA GOMEZ
CC: 57293604
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o complementarios, a partir de la información recibida. Certifico que la información que he suministrado, es verdadera, completa y no he omitido información sobre mi estado de salud, acepto el manejo de confidencialidad que SOLAB S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la empresa y la realización de estudios de investigación con fines científicos (Ley 1581 de 2012), suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo - SG-SST.

NOTA ACLARATORIA

*Este certificado no es válido para trámites de licencia de conducción

DRA. MALORY SAAVEDRA PIMIENTA
RM. 1065612272
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 0627

Trabajador: BEATRIZ MARTHA GOMEZ
CC: 57293604
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Solab

NOMBRE DEL PACIENTE: BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA
IDENTIFICACION: *57.293.604*
EDAD: 41 AÑOS
NIVEL DE ESTUDIO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO
PROFESIÓN: COMUNICADORA SOCIAL Y PERIODISTA
ÁREA /CARGO: CONTRATISTA
TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORME VALORACION PSICOLOGICA

Fecha de Atención: 20 marzo del año 2025
Empresa: **E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND**

Según la valoración psicológica realizada, la evaluada ***Beatriz Gómez Zabaleta,*** se considera una persona respetuosa, tolerante, de principios éticos, honesta y segura de sí misma, Presenta una estabilidad emocional adecuada, manifestando un estado de ánimo positivo y una adecuada adaptación a su entorno familiar . Expresa sentirse competente, de contar con los conocimientos necesarios para cumplir con las funciones establecidas. Se percibe a sí misma como una persona proactiva, responsable, analítica, practica, acata instrucciones con facilidad, de rápido aprendizaje, facilidad para generar estrategias, resolución de conflictos, tolerante al trabajo bajo presión, buenas relaciones interpersonales, sociable y se integra a los grupos de trabajo sin dificultad. En cuanto a las expectativas refiere aportar sus conocimientos para dinamizar y complementar los procesos comunicacionales y contar con un ambiente laboral agradable. Respecto a los hábitos, la evaluada niega el consumo de alcohol, cigarrillos y sustancias alucinógenas.

CUESTIONARIOS APLICADOS

- Según los resultados de la prueba Valanti, se describen los siguientes rasgos:

  - ✓ El área espiritual (Valor NO VIOLENCIA) es la más importante para la evaluada. Resalta la parte espiritual de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.
  - ✓ Impacta en su vida el amor un poco más que al resto de las personas. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, apoyo, compartir, cuidado, simpatía y tolerancia.
  - ✓ El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplimiento de metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.
  - ✓ El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad.
  - ✓ La valoración de la paz, la parte emocional de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como calma, paciencia, reflexión y satisfacción.

- La aplicación del Cuestionario para la Identificación y Evaluación del Estrés, instrumento validado por el Ministerio de la Protección Social y la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, arrojó como resultado un nivel muy bajo de sintomatología asociada al estrés en la evaluada. Este nivel indica una adecuada capacidad de manejo del estrés y sugiere que la persona puede desempeñarse laboralmente sin restricciones significativas.

CONCEPTO, OBSERVACIÓNES Y SUGERENCIAS

- ✓ Según la valoración psicológica, se determina que la evaluada ***Beatriz Gómez Zabaleta,*** se encuentra **Sin restricciones para desempeñar el cargo,** descartando signos de inestabilidad emocional, comportamientos antiéticos y morales, y altos niveles de estrés.
- ✓ Durante la entrevista y aplicación del test, la evaluada se mostró segura, receptiva, atenta, tranquila, emocionalmente estable, orientada en tiempo y espacio, con un discurso fluido, tono moderado y postura adecuada.
- ✓ Se sugiere talleres de hábitos saludables, pausas activas y propios en su cargo para mejorar la calidad de vida personal y laboral.

RHONALD MONTERO ANGARITA
Psicólogo
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 0921/21

SOLAB SAS

Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **20/03/2025**

Doc. Identidad **CC 57293604** Nombre **BEATRIZ MARTHA GOMEZ ZABALETA** Fecha Nacimiento. **23/05/1983**
Entidad **PARTICULAR** Edad **41 años** Ocupación **CONTRATISTA**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa EXAMEN FISICO 35000 Cargo CONTRATISTA Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn COLPENSIONES EPS Sanitas EPS ARL ARP - POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

ANAMNESIS

Último Examen Visual **1 AÑO** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminucíon visual de cerca ( ) Disminucíon visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares **NO REFIERE**

AGUDEZA VISUAL

	CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD					**20/25**	**1 M**
OI					**20/25**	**1 M**
AO					**20/20**	**0.75 M**

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:	**NEVUS TEMORAL**	

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHOFORICO** VP: HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC: **10 CM**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**80 SEG DE**	**NORMAL**
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**80 SEG DE**	**NORMAL**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica (X) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

AME AMETROPE

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
SE SUGIERE VALORACION POR OPTOMERIA

CARMEN MABEL GRANDA RODRIGUEZ
OPTOMETRA

SOLAB IPS
NIT. 900724151-6
Laboratorio Clínico * Salud Ocupacional * Medicina General
Cra 3a. No. 24 - 113 El Prado Tel: 4235858 - 4233613
Santa Marta-Magdalena

Impreso	20 mar. 2025 04:01:24 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20161109	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 1	
Paciente	**GOMEZ ZABALETA BEATRIZ MARTHA**			Sexo F	Edad 41A 9M 28D	**Nro. De Recepción**	**201458**
Identif.	CC 57293604	Teléfono 3165358225			Fecha De Recepción	20 mar. 2025 06:51:04 am	
Entidad	SOLAB			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

		Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA				
1 .	Glicemia en Ayunas	77,40	mg/dl	70 a 105

Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro:	20 a 60
0 a 1 dia:	40 a 60 mg/dl
> 1 dia:	50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos:	70 a 105mg/dl

Dra. Magaly Manotas A.
Bacterióloga