

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), DILIANA GARCIA JIMENEZ identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, 1.052.949.649 expedida en **MAGANGUE** actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

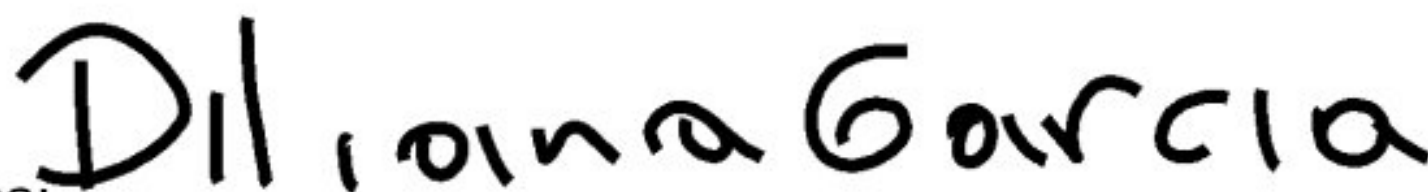
Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 01 de Enero de 2024.



Firma:

C.C 1.052.949.649

Nombre: **DILIANA GARCIA JIMENEZ**



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN
DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.

6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el 01 de Enero de 2024.

Firma: *Diliana Garcia*

Nombre: DILIANA GARCIA JIMENEZ

Identificación: 1.052.949.649

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, DILIANA GARCIA JIMENEZ identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.052.949.649 de Magangue, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manifiesto que me encuentro actualmente afiliado(a) a la aseguradora de riesgos laborales POSITIVA y me comprometo a pagar mensualmente a la administradora de riesgos laborales los aportes correspondientes a la suscripción del contrato de prestación de servicio.

Yo, DILIANA GARCIA JIMENEZ, identificado (a) con C.C. No. 1.052.949.649 de Barranquilla, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la **ASEGURADORA POSITIVA ARL**

SI NO

| | |
|--|-----------------------------|
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CALLE 58 # 34D - 20 |
| NUMERO DE TELÉFONO | 314531778 |
| CORREO ELECTRÓNICO | DILIANAGARCIA10@HOTMAIL.COM |
| FONDO DE PENSIÓN | PORVENIR |
| EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE | SURA |

firma

Diliana Garcia

C.C: 1.052.949.649 DE MAGANGUE



GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
Secretaría De Salud Departamental
Inscripción Departamental

ENFERMERA

Profesión u Oficio

DILIANA GARCIA JIMENEZ

C.C. 1.052.949.649

Fecha de Expedición: 31 DE MAYO DE 2011

UNIV. SIMON BOLIVAR CARTAGENA

Institución Educativa

Ciudad

13-20929 / 31/05/2011

BOLIVAR

Registro No.

De



11081-2-0211

Firma Autorizada

Secretaría de Salud Departamental de Bolívar o su Delegado

**Esta tarjeta es documento público en caso de pérdida favor
devolverla a la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar**

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

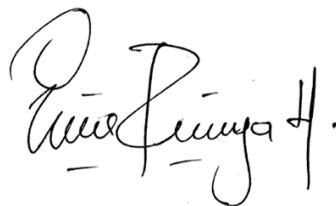
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 02 de enero de 2024, a las 21:44:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1052949649 |
| Código de Verificación | 1052949649240102214401 |

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



GINA CATHERINE AMAYA HUERTAS
Contralora Delegada (e)



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 02/01/2024 09:46:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1052949649** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **81347906** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

Información

515 9000

**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112





POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:49:46 PM horas del 02/01/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1052949649**

Apellidos y Nombres: **GARCIA JIMENEZ DILIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién Interese**

08/08/2022

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **DILIANA GARCIA JIMENEZ**
con Cédula de Ciudadanía número **1052949649**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **488403949412**
Fecha de apertura **11/03/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
Nº 1052949649



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

DIAN
Ministerio de Hacienda, Comercio y Contribuciones

001

2. Concepto: 0 2 Actualización
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14681320131



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):
1 0 5 2 9 4 9 6 4 9 - 3

6. DV: 3

12. Dirección seccional
Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico: 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión líquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de identificación: 1 0 5 2 9 4 9 6 4 9

27. Fecha expedición: 2 0 0 5 0 1 1 2

Lugar de expedición: COLOMBIA 28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bolívar 1 3

30. Ciudad/Municipio: Magangué 4 3 0

31. Primer apellido: GARCIA

32. Segundo apellido: JIMENEZ

33. Primer nombre: DILIANA

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Atlántico 0 8

40. Ciudad/Municipio: Soledad 7 5 8

41. Dirección principal: CR 48 B 54 D 33 BRR VILLA SEVERA

42. Correo electrónico: delipegui_1992@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 4 5 3 1 7 7 7 8

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

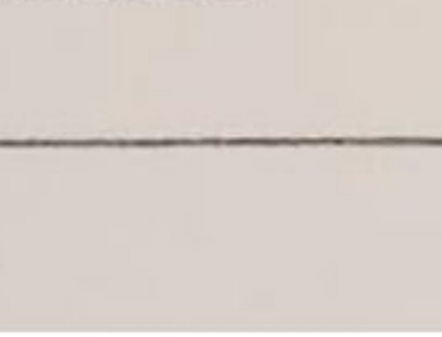
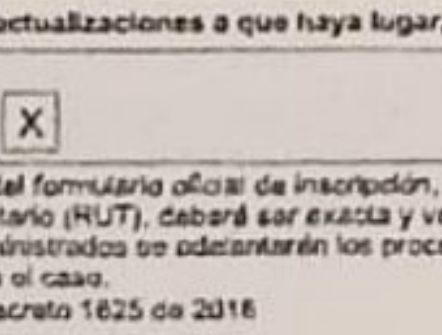
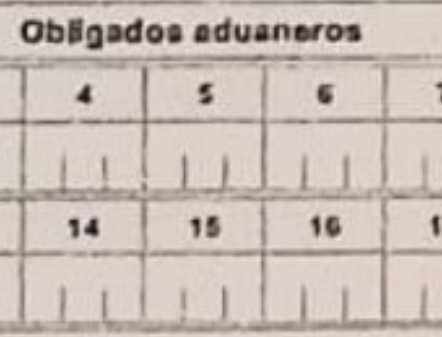
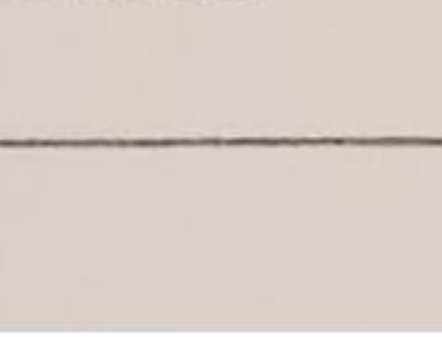
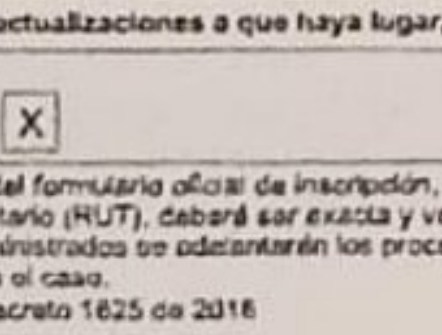
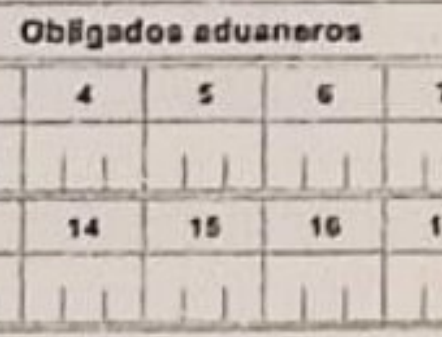
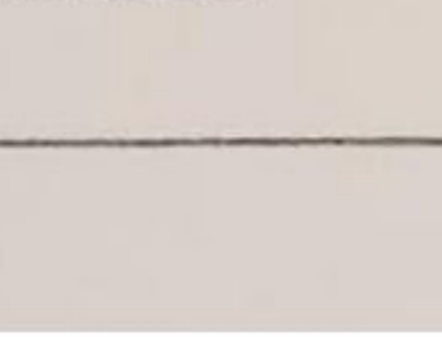
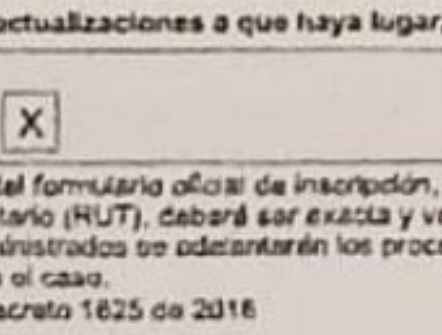
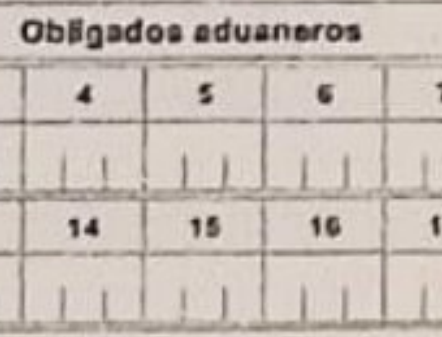
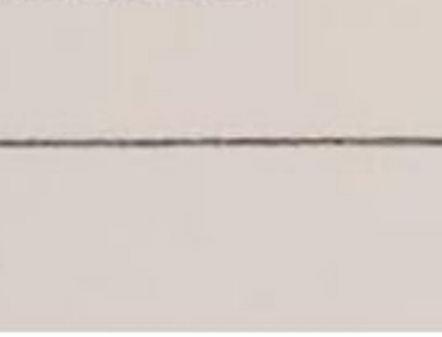
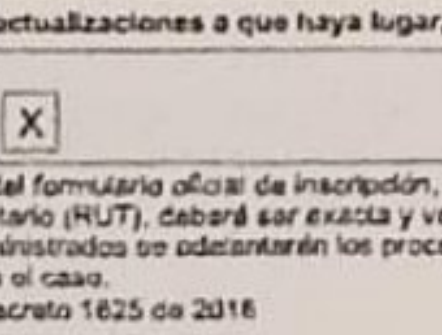
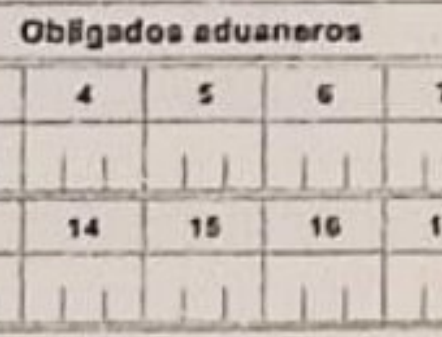
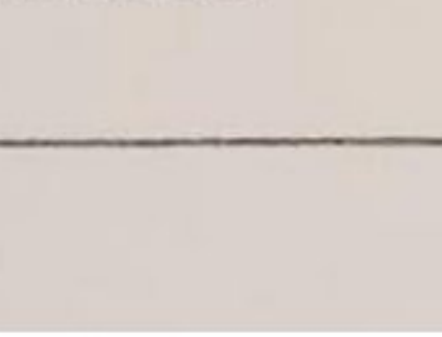
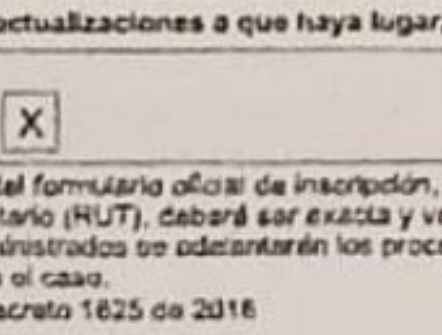
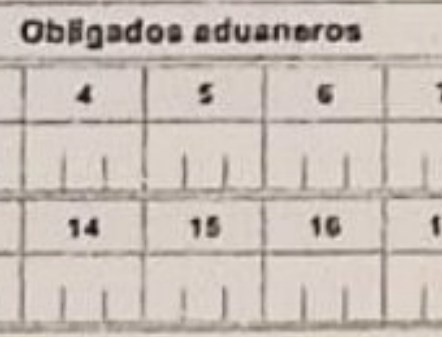
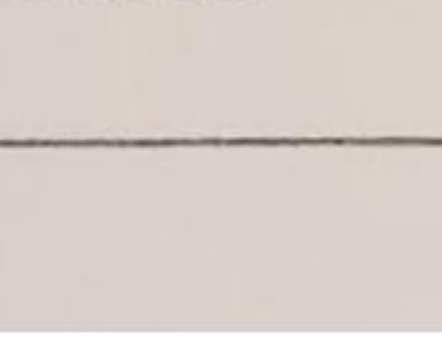
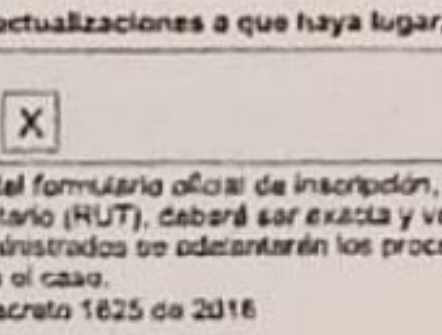
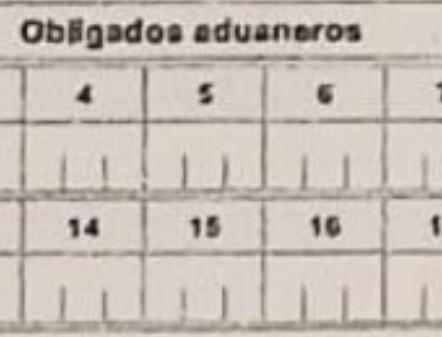
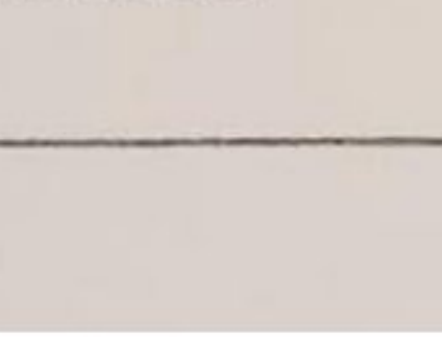
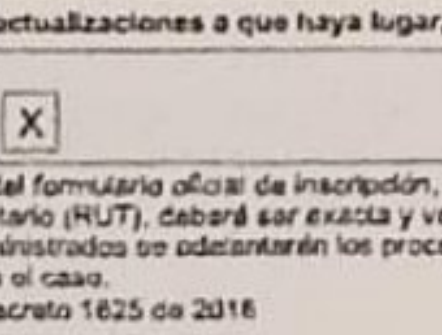
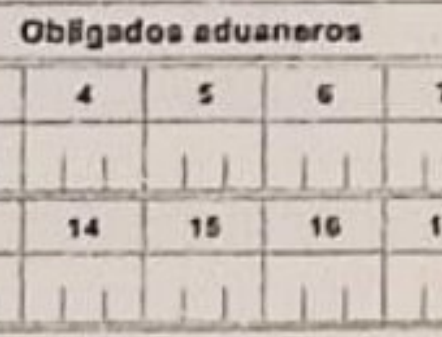
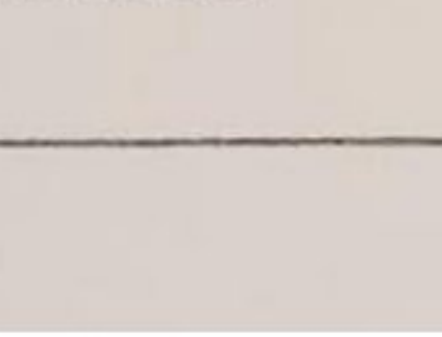
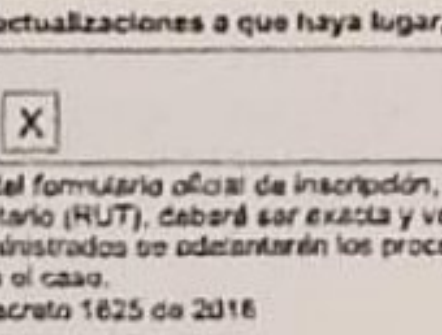
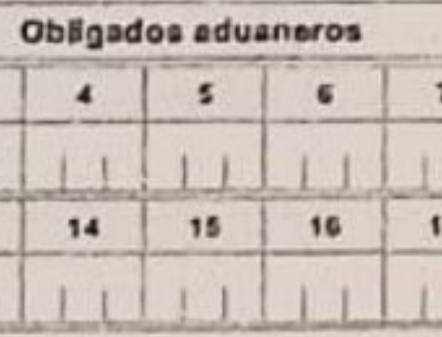
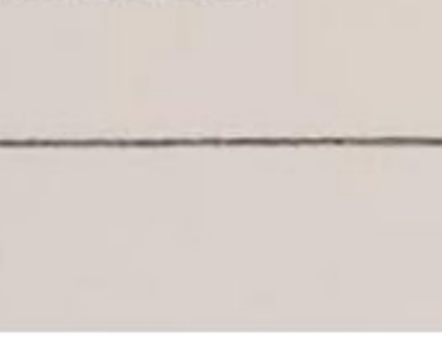
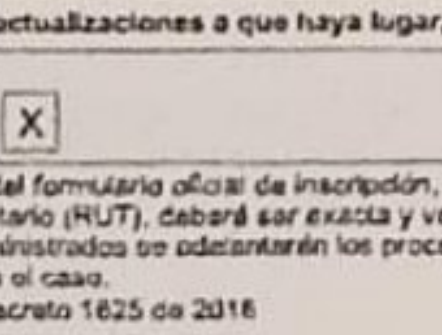
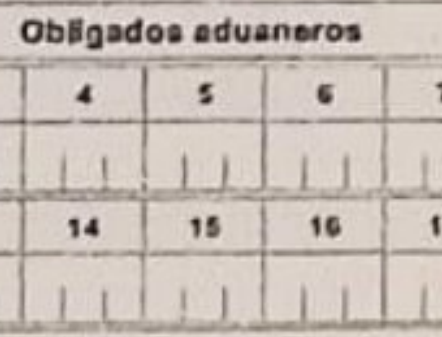
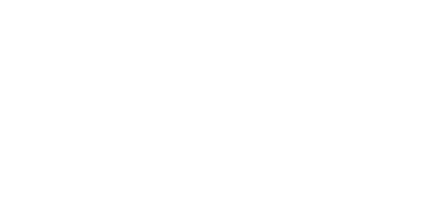
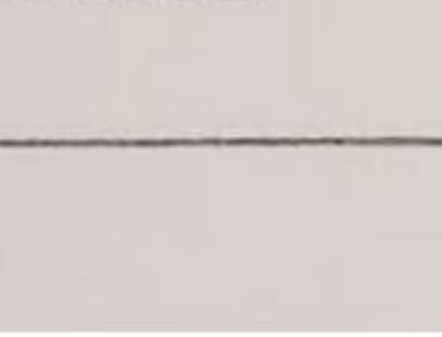
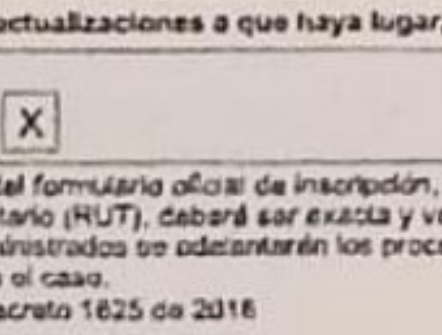
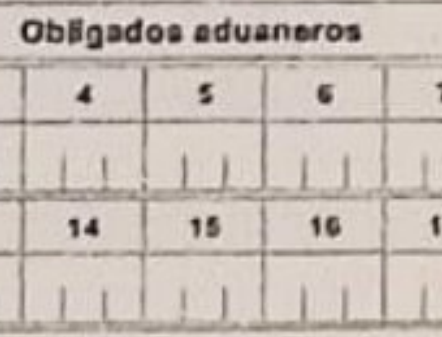
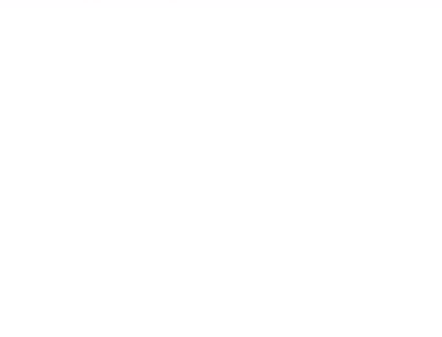
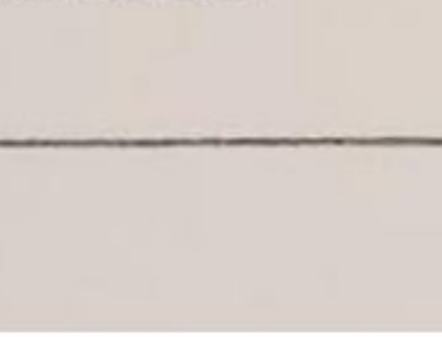
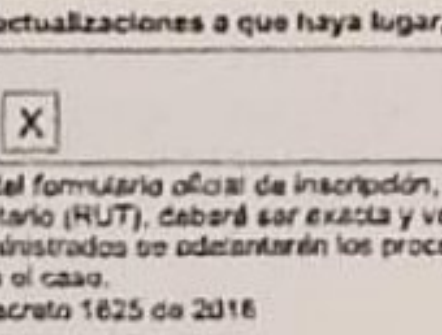
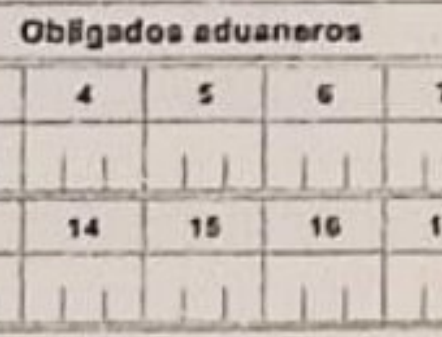
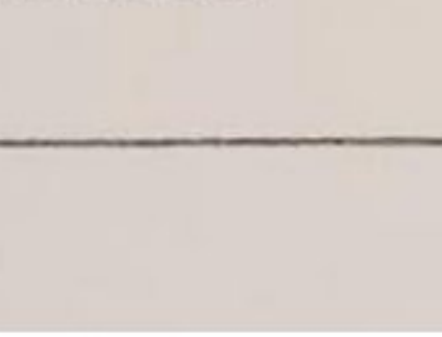
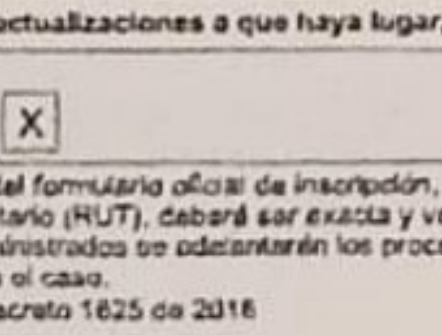
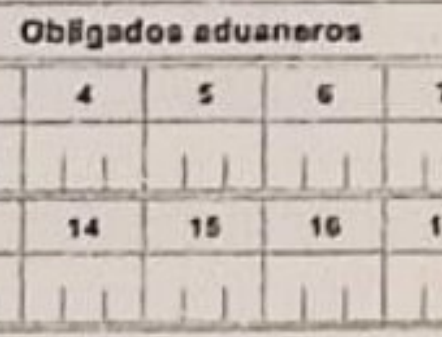
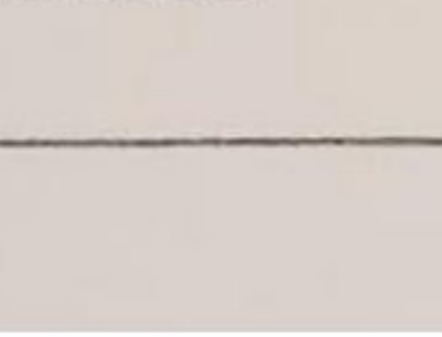
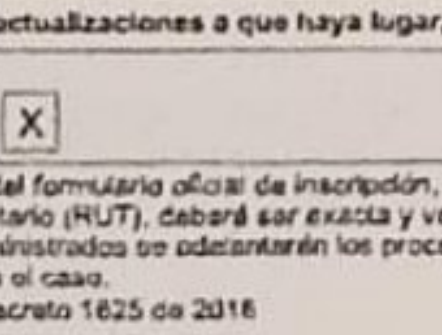
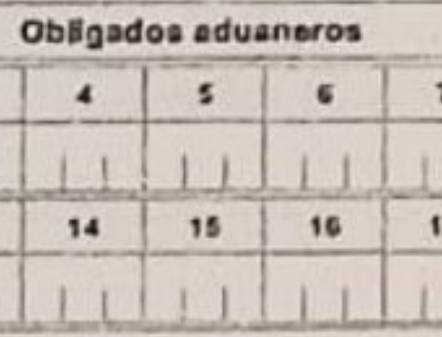
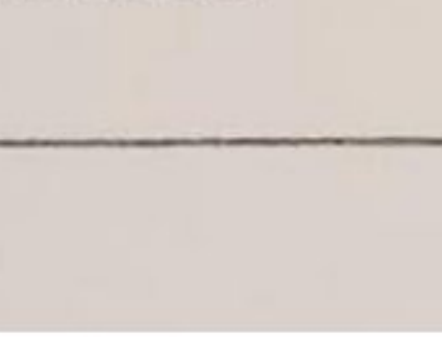
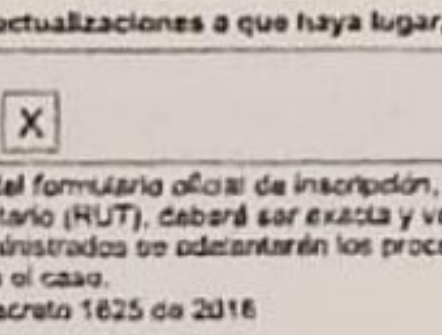
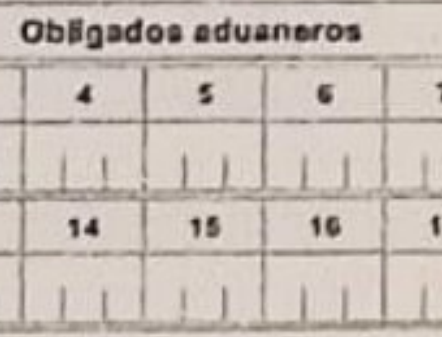
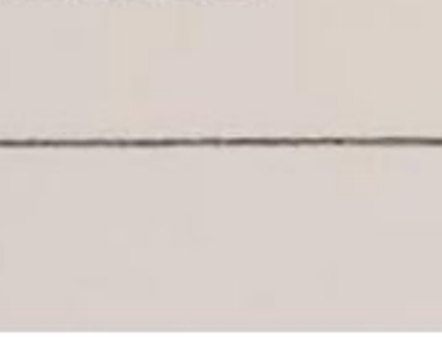
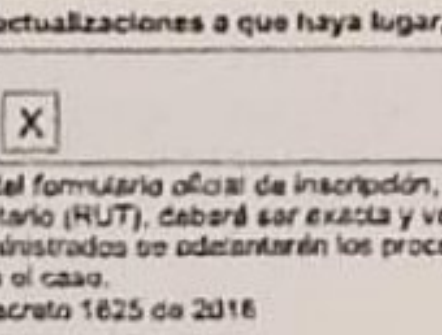
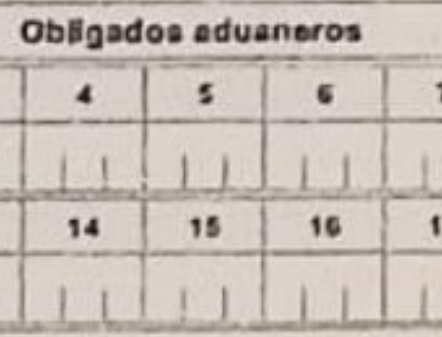
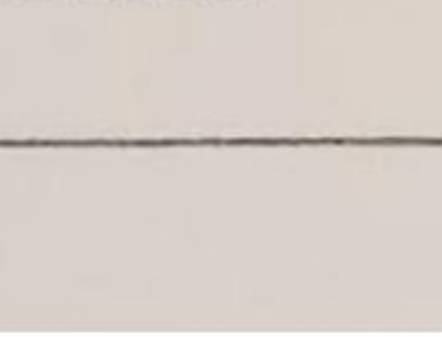
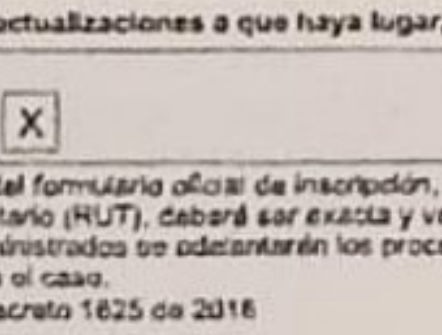
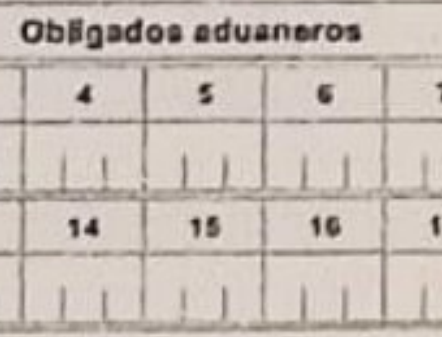
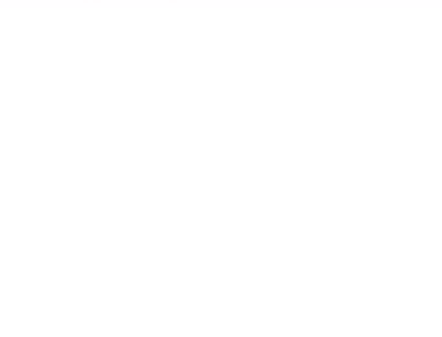
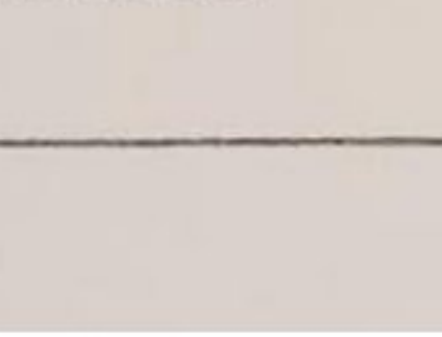
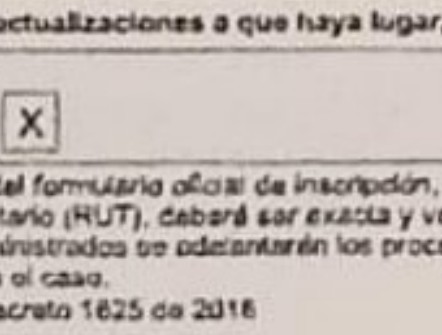
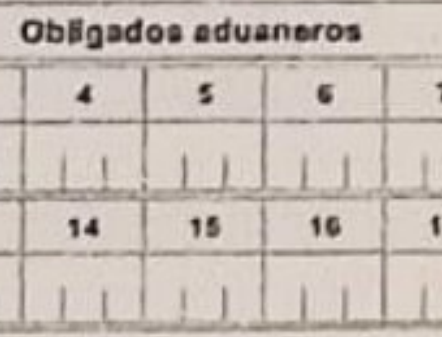
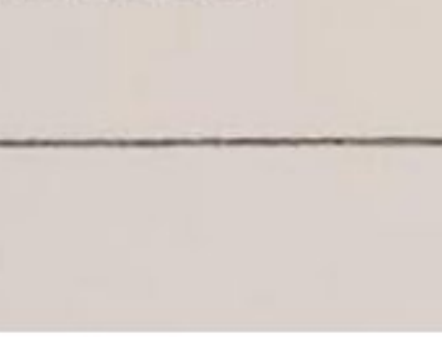
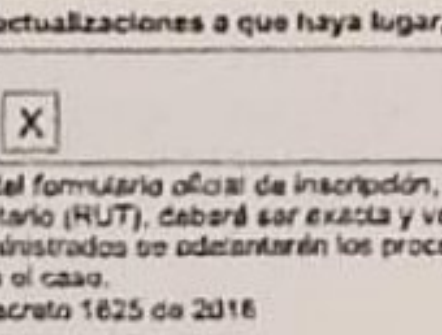
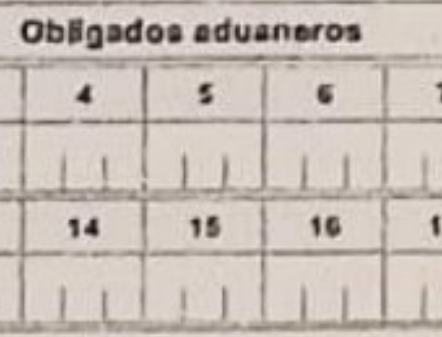
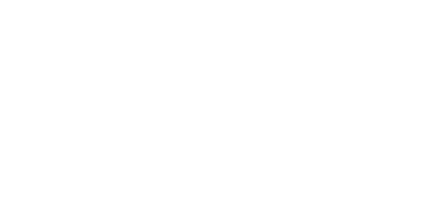
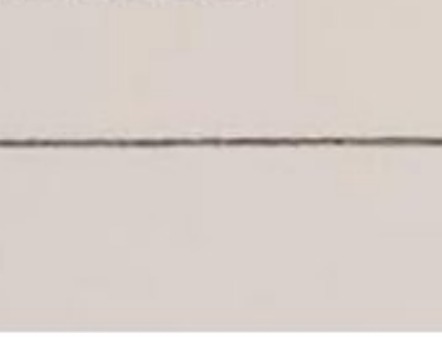
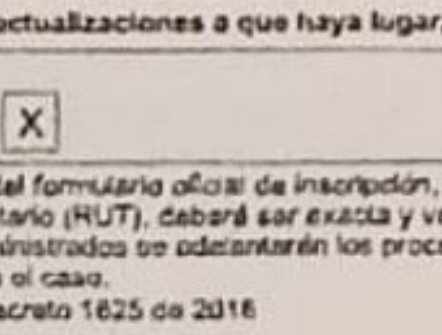
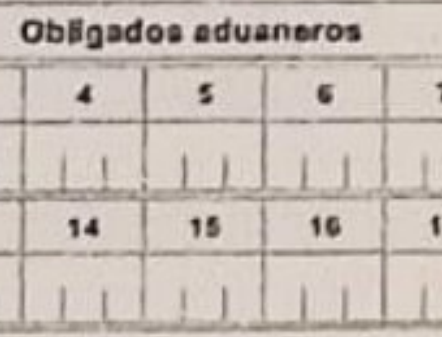
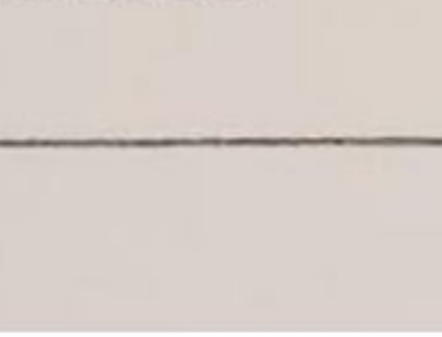
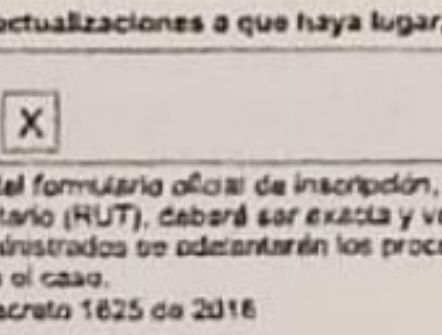
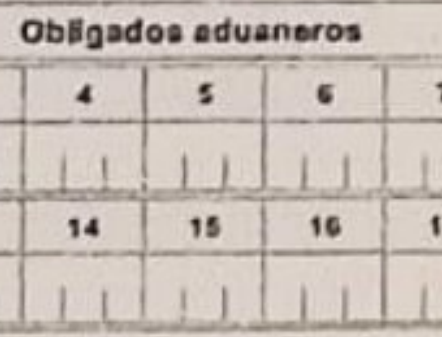
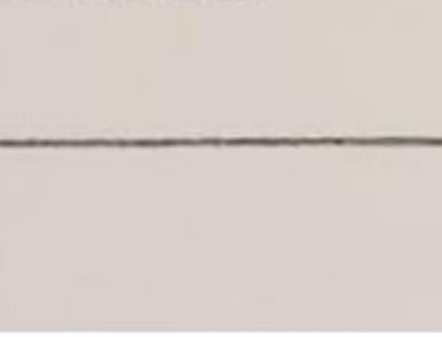
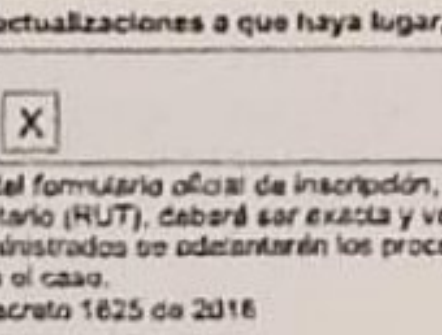
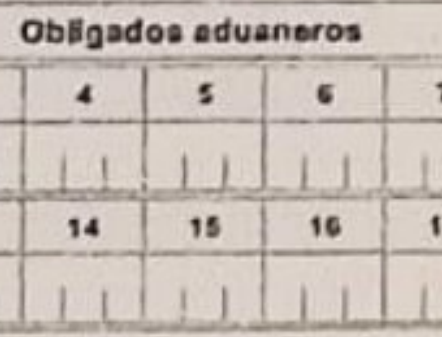
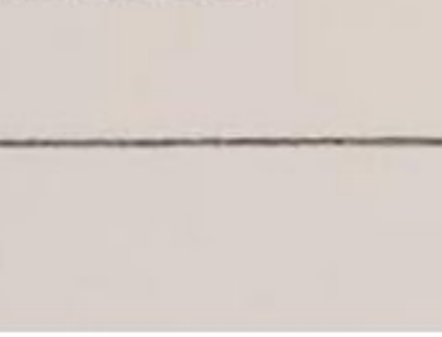
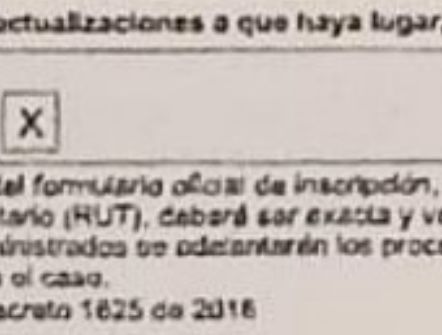
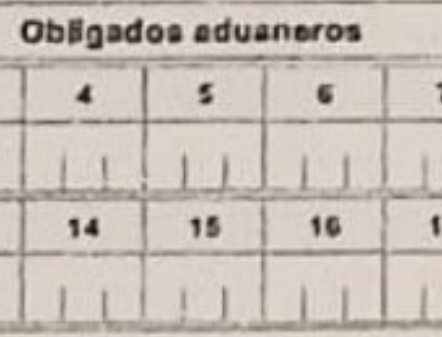
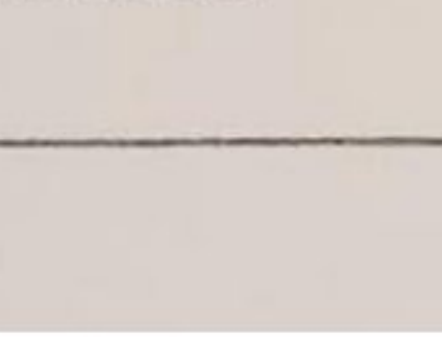
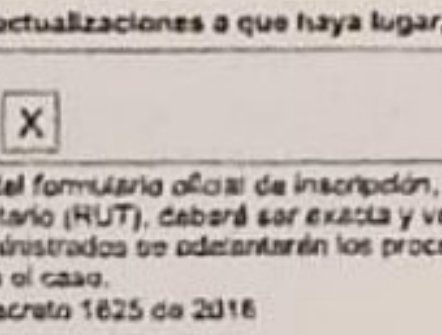
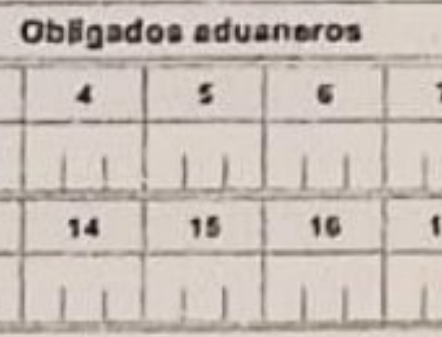
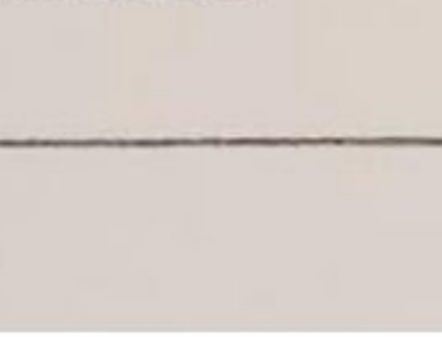
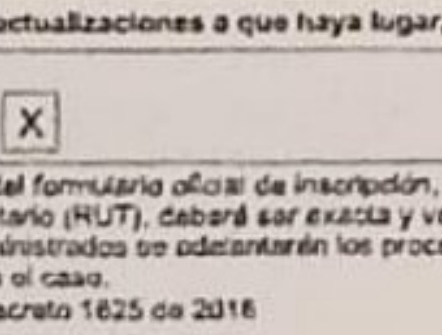
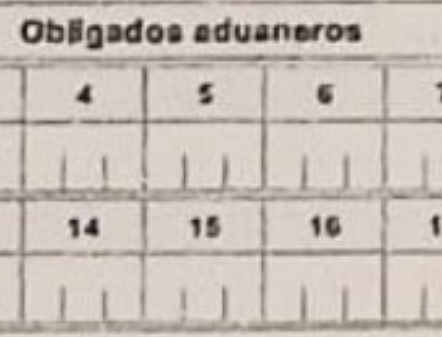
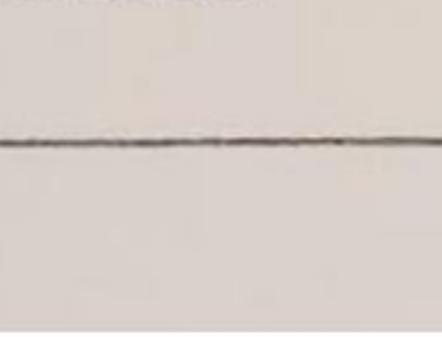
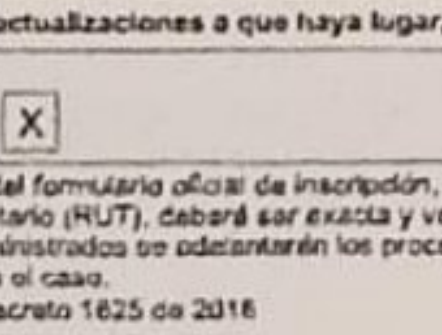
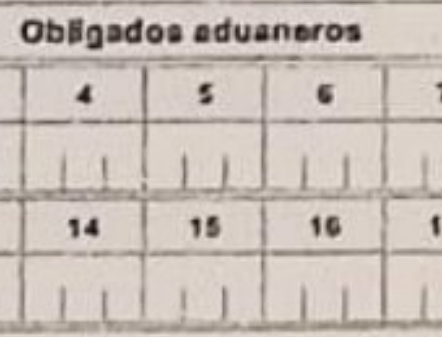
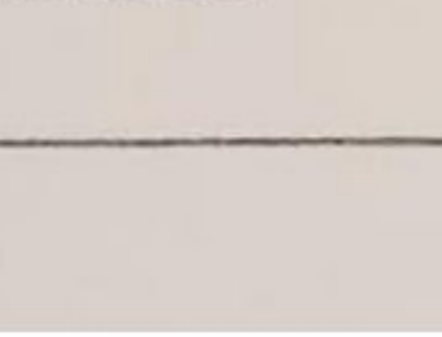
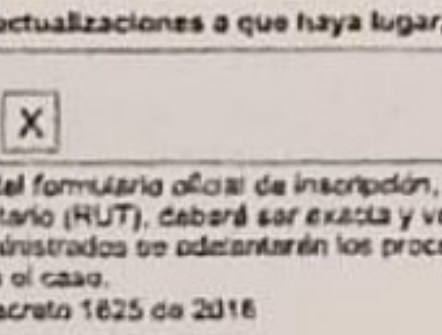
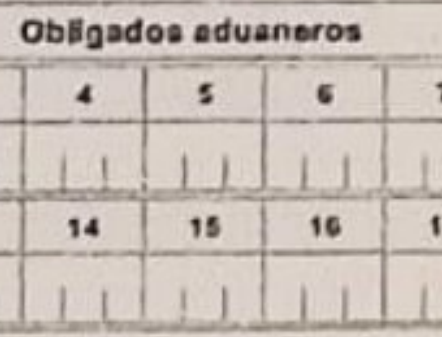
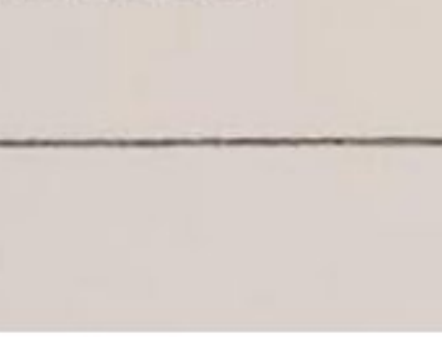
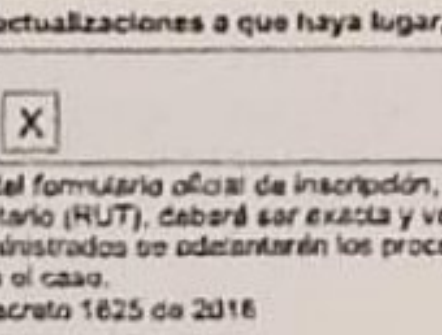
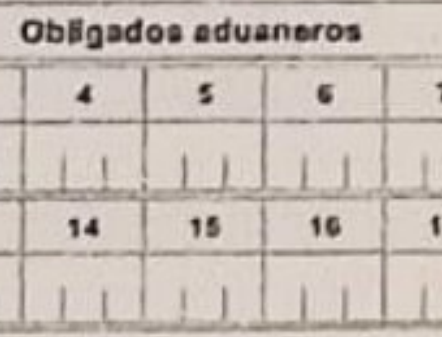
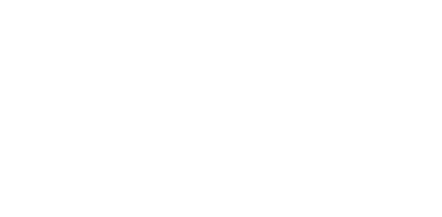
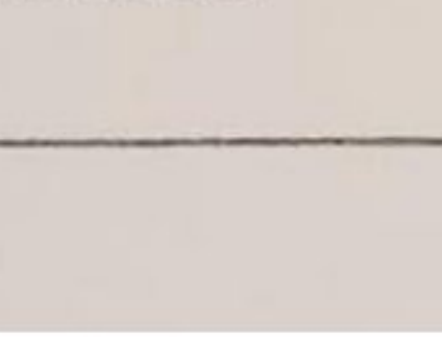
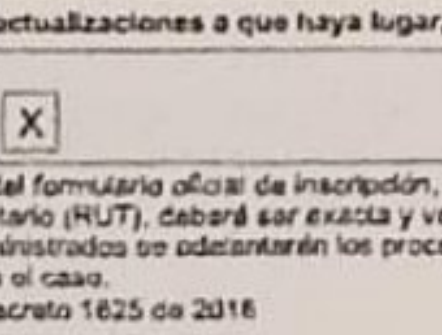
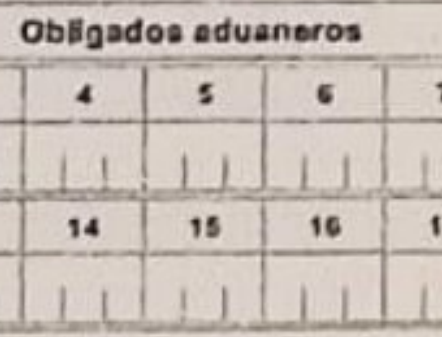
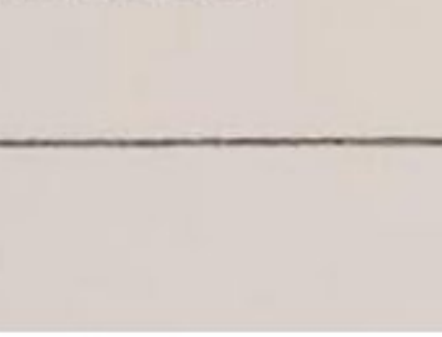
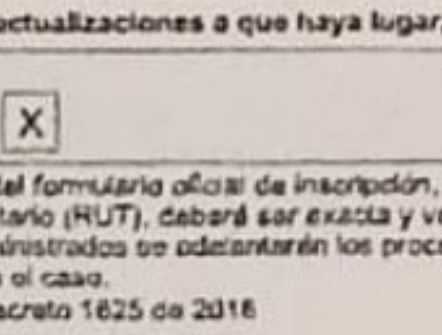
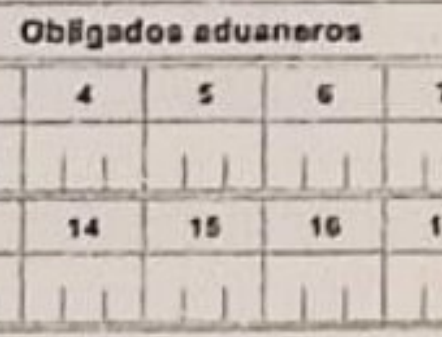
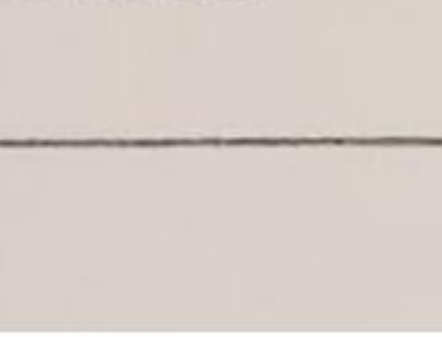
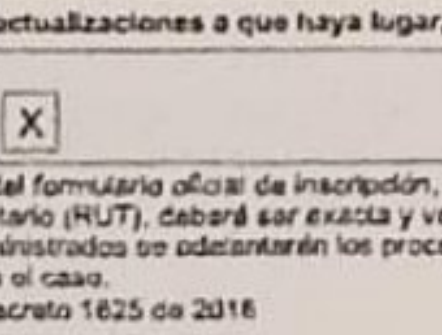
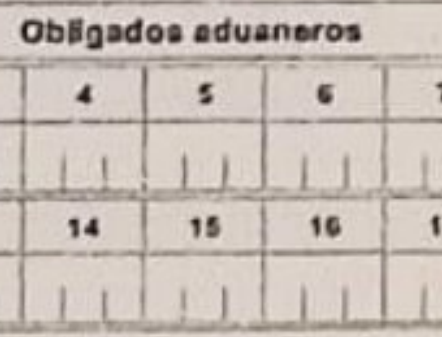
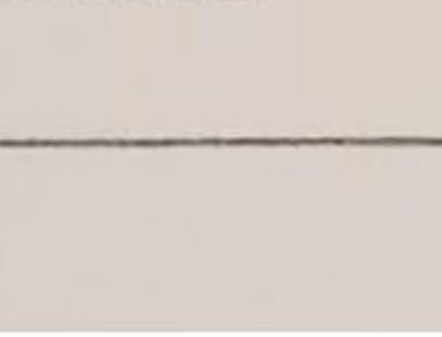
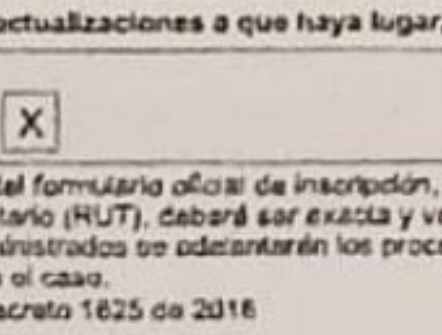
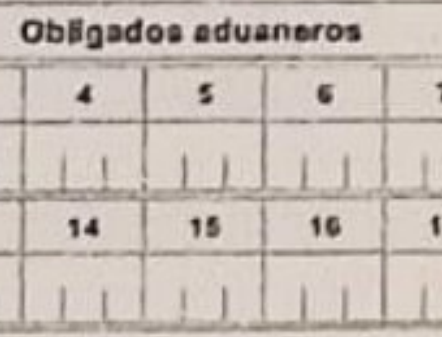
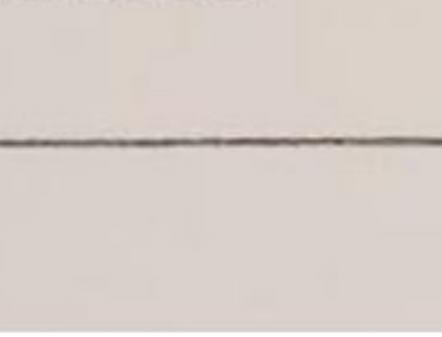
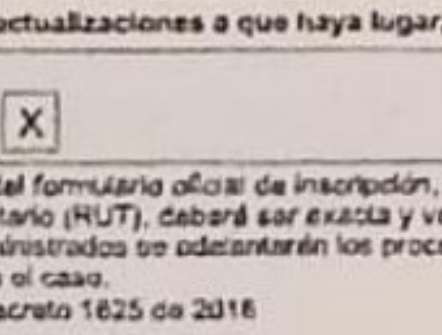
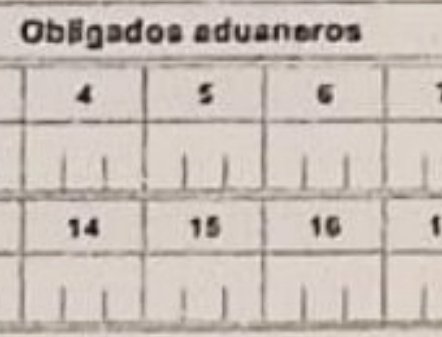
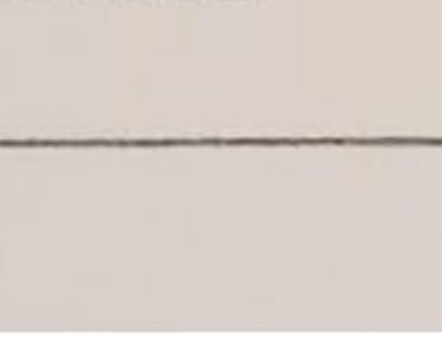
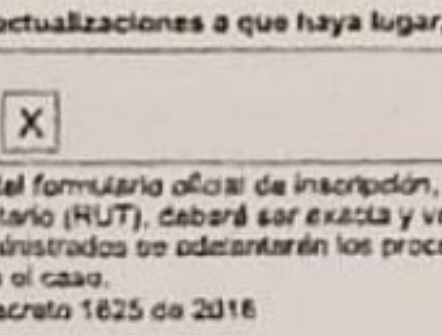
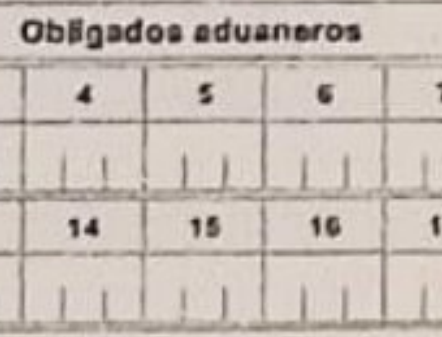
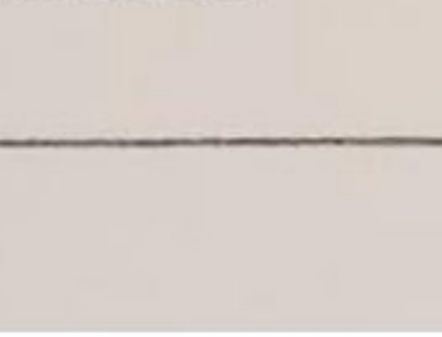
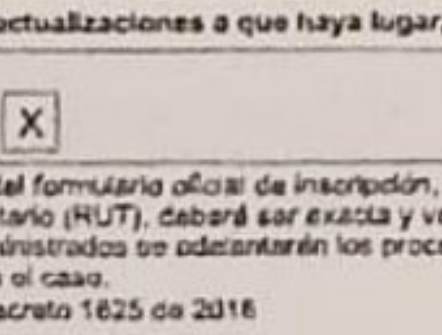
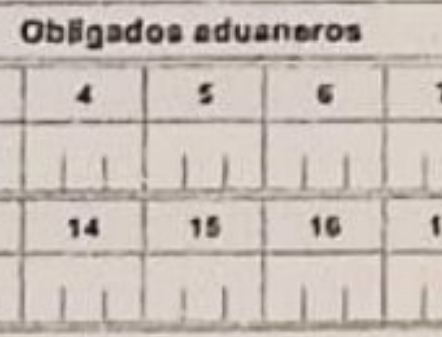
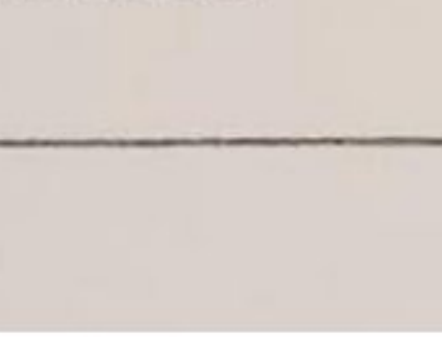
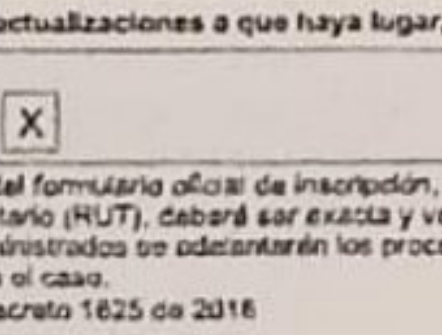
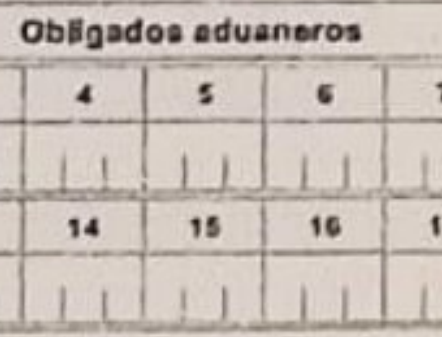
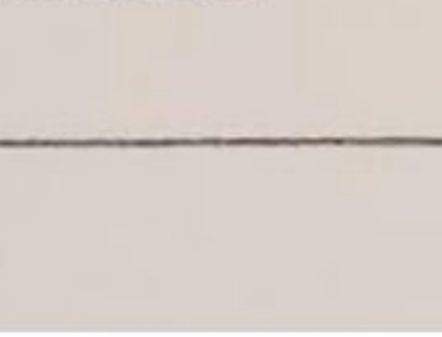
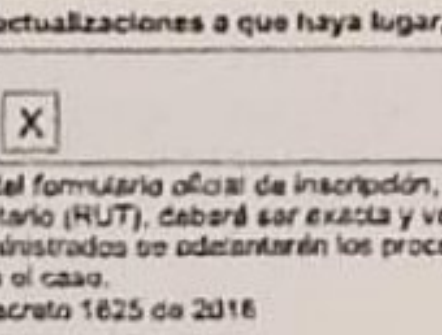
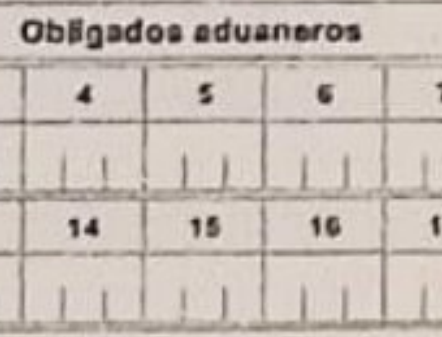
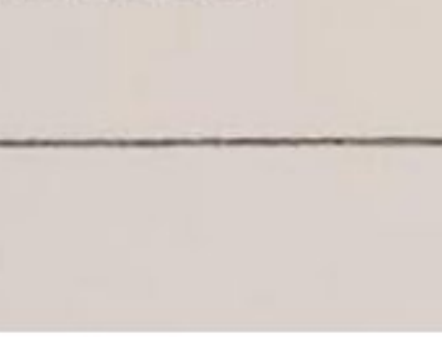
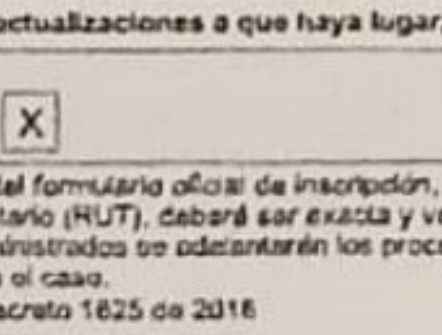
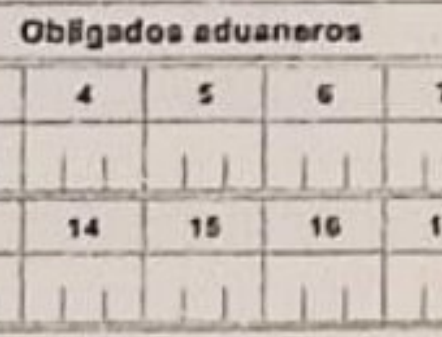
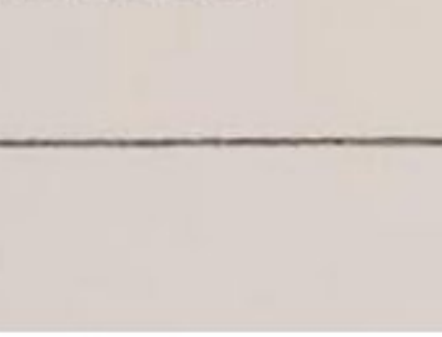
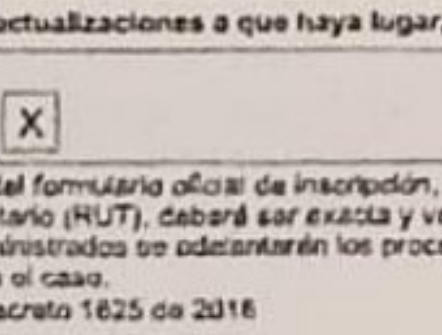
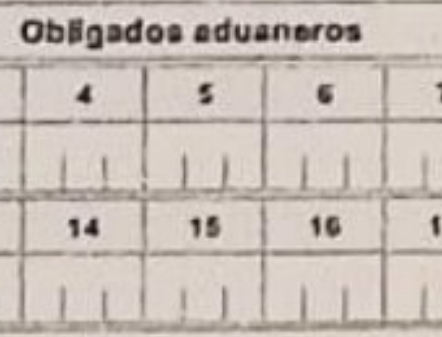
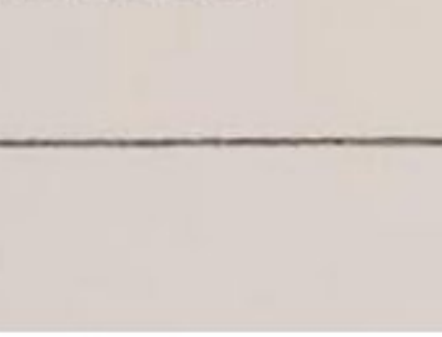
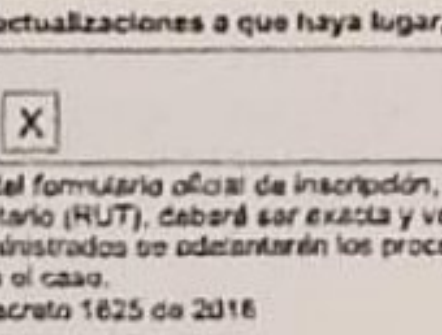
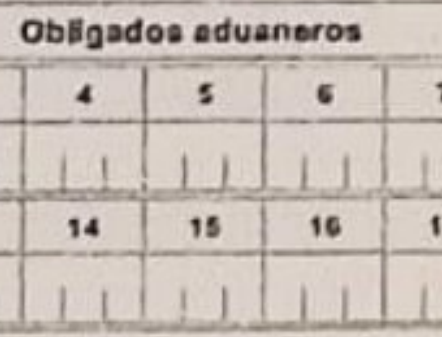
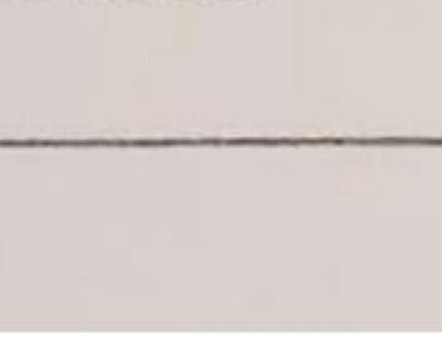
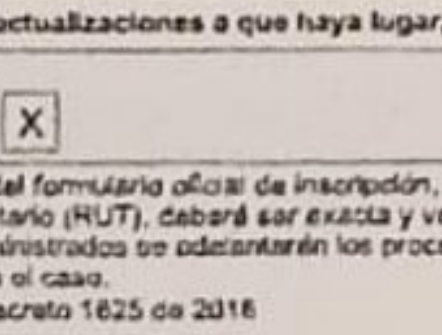
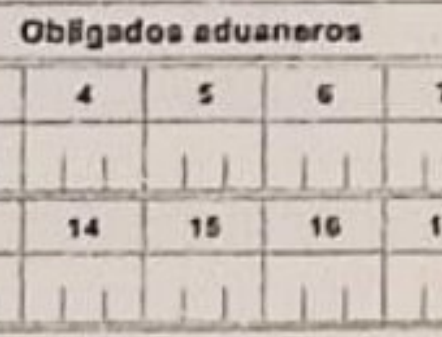
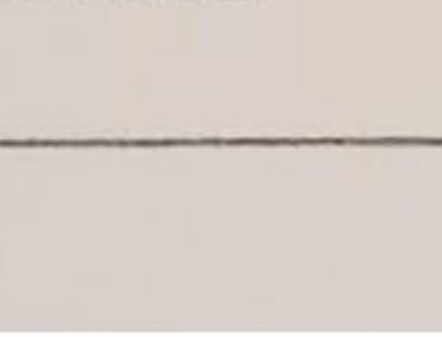
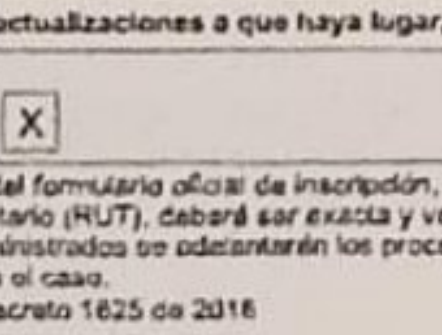
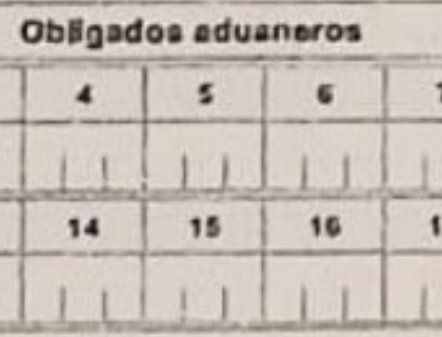
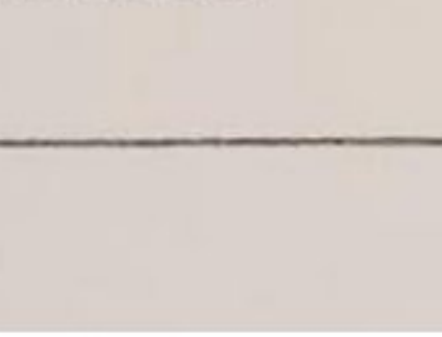
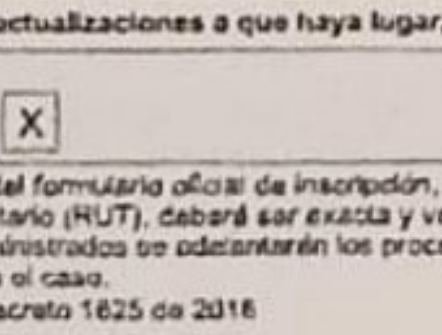
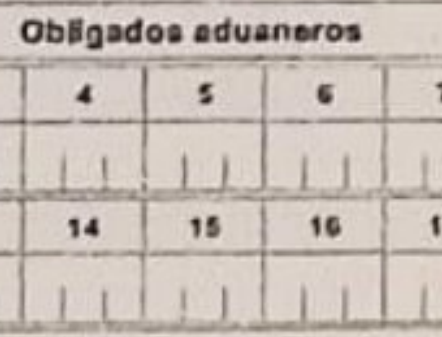
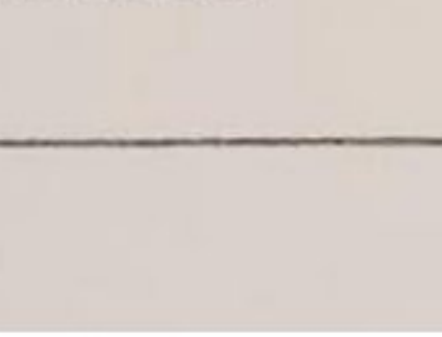
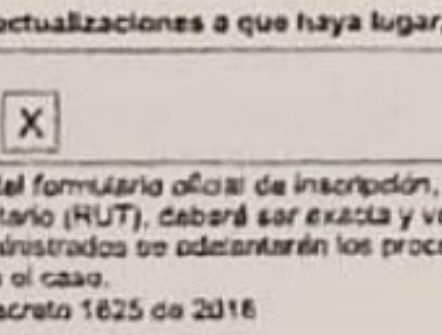
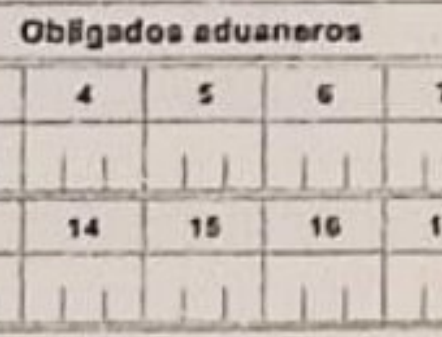
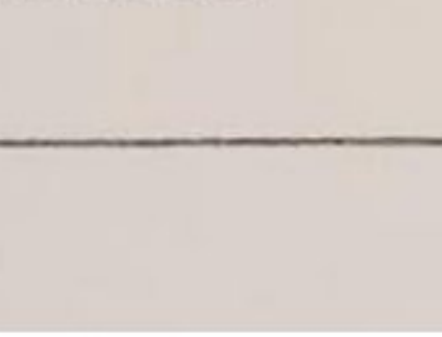
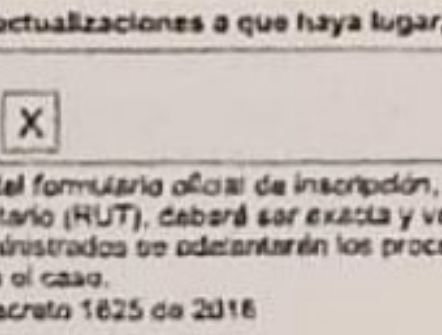
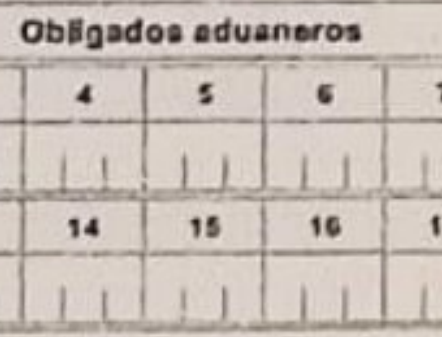
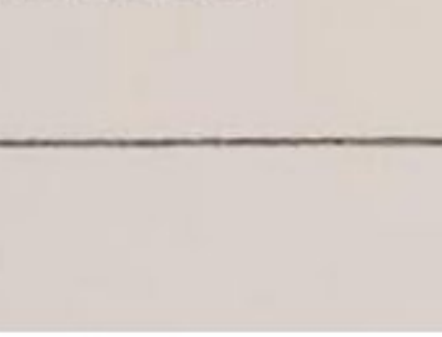
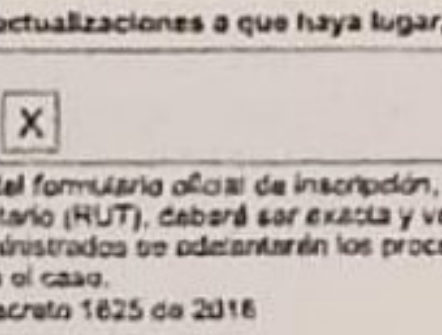
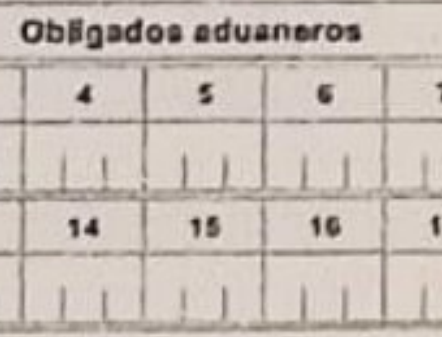
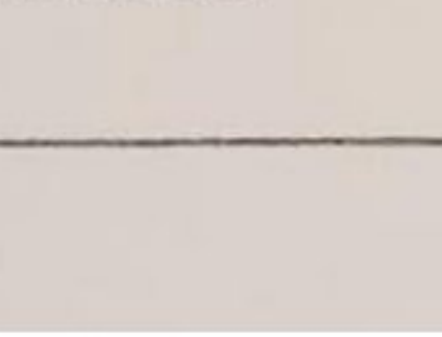
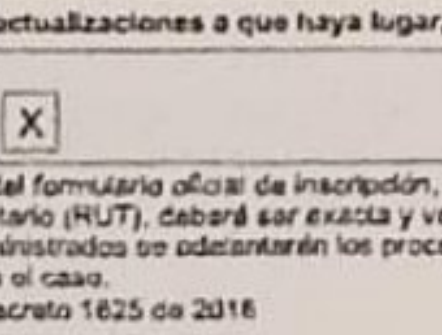
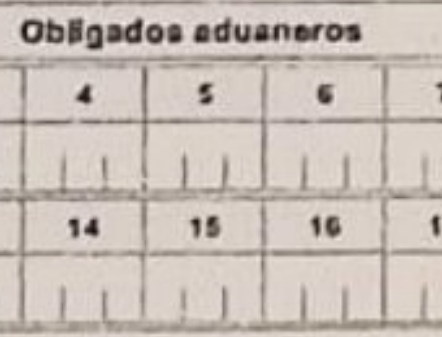
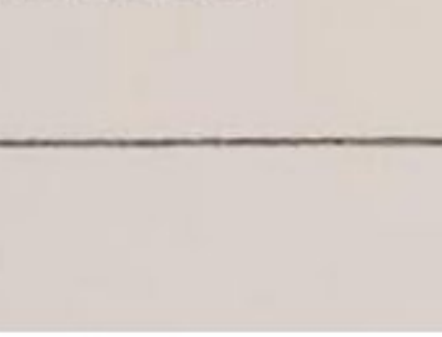
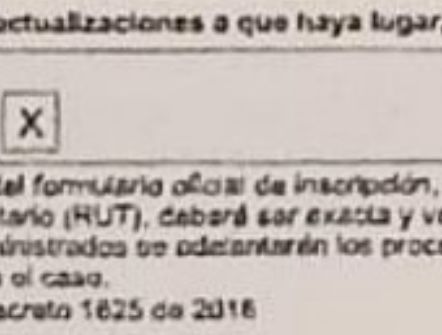
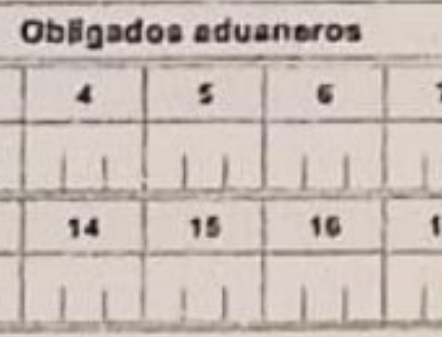
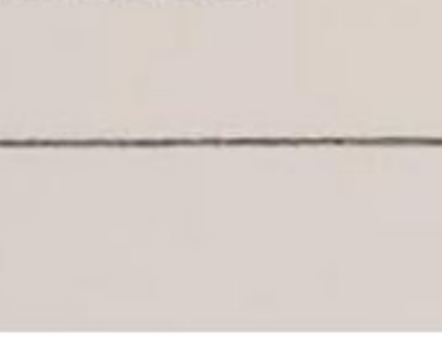
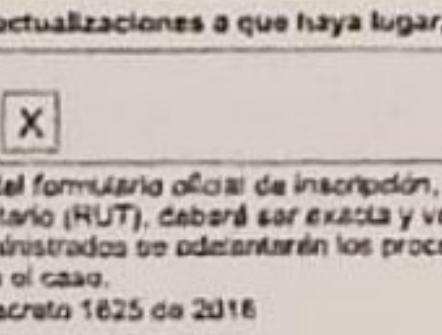
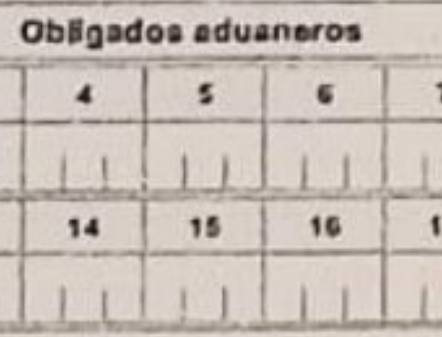
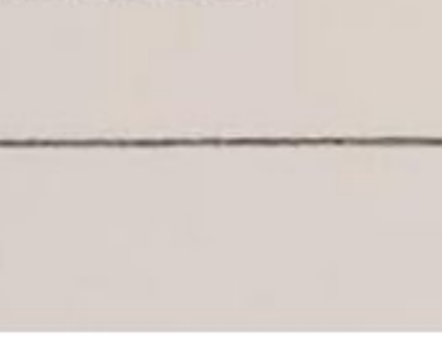
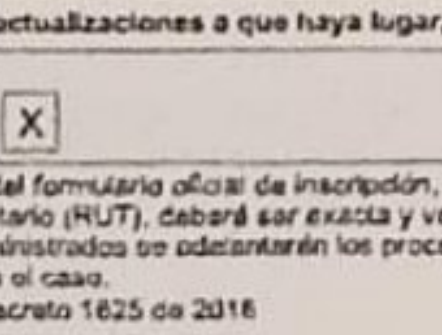
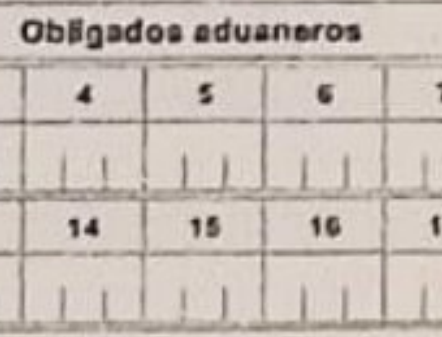
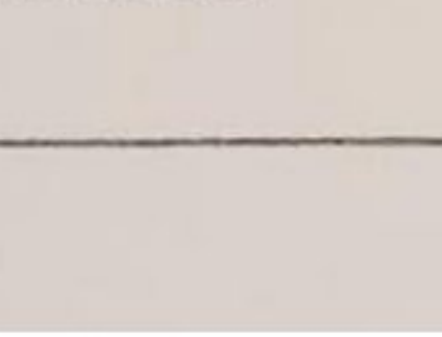
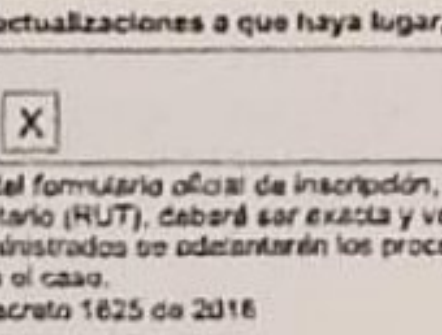
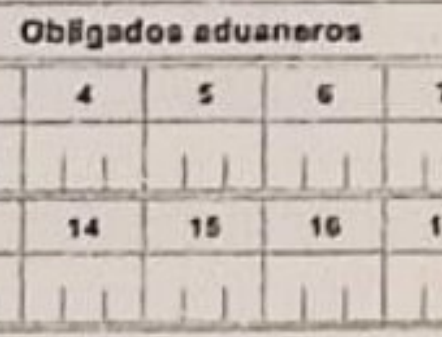
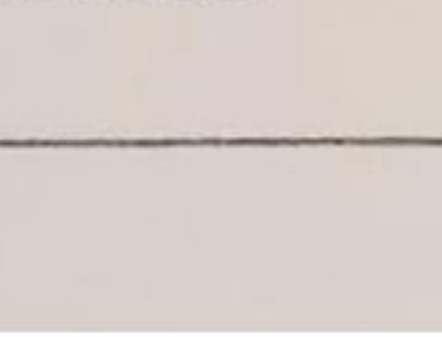
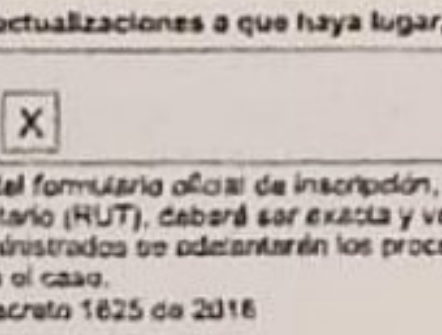
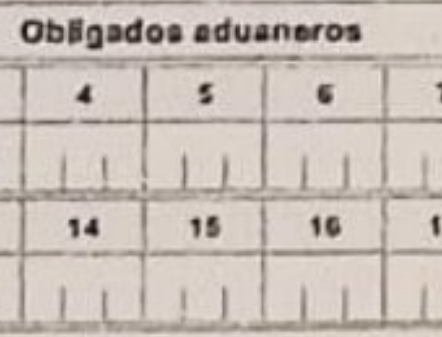
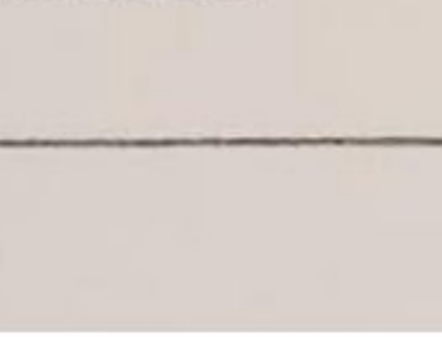
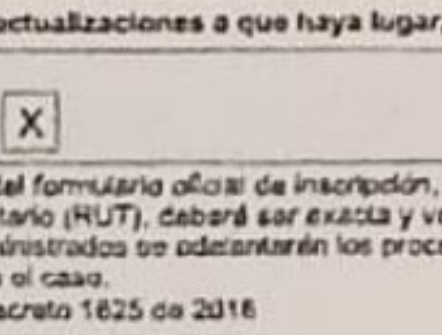
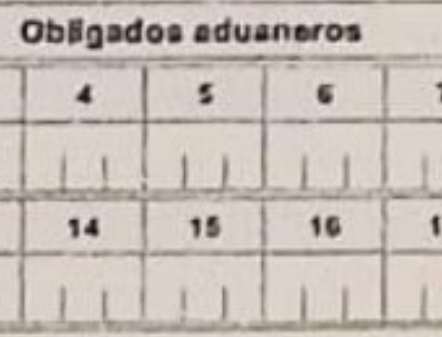
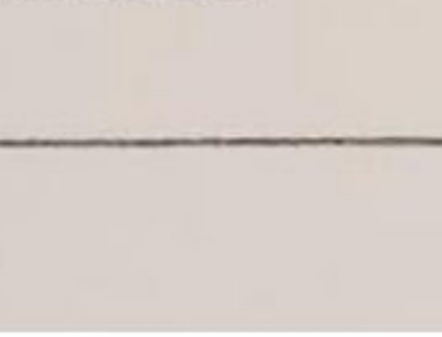
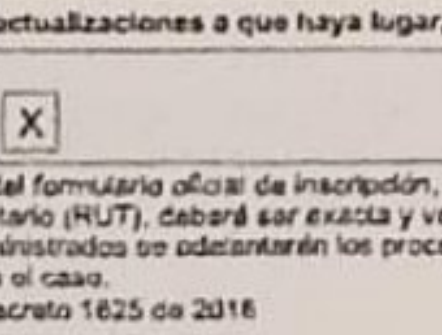
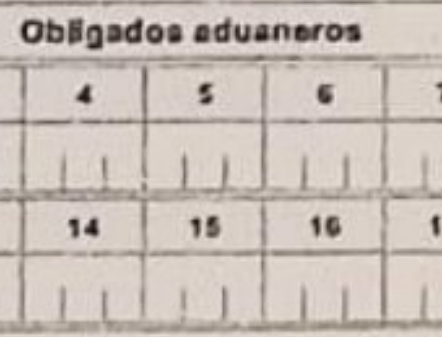
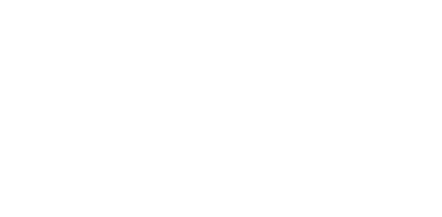
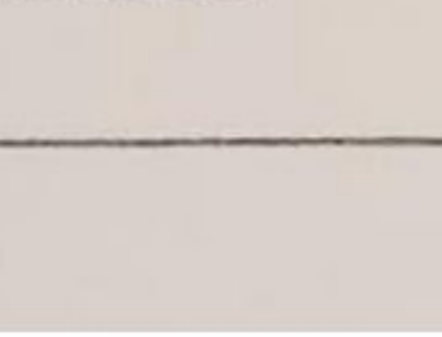
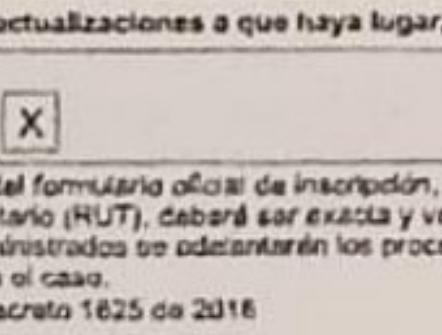
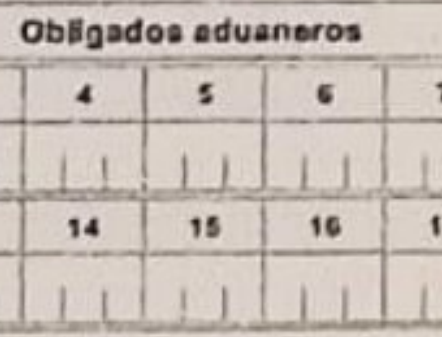
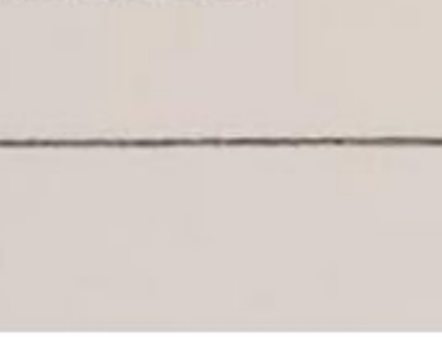
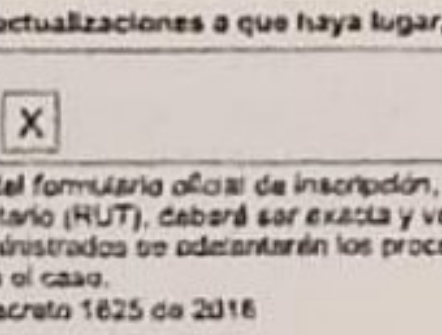
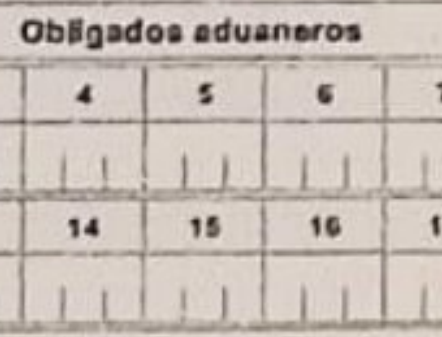
| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|------------|-----------------------------|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | 52. Número establecimientos |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 51. Código | |
| 8 6 9 9 | 2 0 1 9 0 1 2 1 | | | 1 | 2 | |

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

20- Obtención NIT





FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

| | | | |
|--|--|--|------------------|
| PRIMER APELLIDO GARCIA | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) JIMENEZ | NOMBRES DILIANA | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1052949649 | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> | NÚMERO | D.M. | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 17 MES 09 AÑO 1986 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOLÍVAR MUNICIPIO MAGANGÜÉ | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 58 34D 20 balcanes PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO MUNICIPIO SOLEDAD TELÉFONO 38659 EMAIL dilianagarcia10@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 | BÁSICA SECUNDARIA | | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|-----------------|-------------------|-----|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2003 |

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O 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 DE SERVICIOS DE SALUD | 03 | 2022 | |
| PREGRADO | 8 | X | | ENFERMERIA | 06 | 2009 | 13020929 |

ESPECIFIQUE 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 |
| ESPAÑOL | | X | | | | X | | | X |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---------------------|------------|----------------|------------|--|------------------------|----|------------|----|------------|------|
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3145317778 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 16 | <i>Mes</i> | 01 | <i>Año</i> | 2023 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5 | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIAS | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 33 06 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3759400 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 01 | <i>Año</i> | 2022 | <i>Día</i> | 31 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2022 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA URGENCIA | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CARRERA null 53 8 38 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3759400 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 01 | <i>Año</i> | 2021 | <i>Día</i> | 31 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2021 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA URGENCIA | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 53 8 38 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3145317778 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 01 | <i>Año</i> | 2020 | <i>Día</i> | 31 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2020 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIA | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 53 8 38 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3759400 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 05 | <i>Mes</i> | 02 | <i>Año</i> | 2019 | <i>Día</i> | 31 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2019 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA | | | <i>DEPENDENCIA</i> URGENCIAS | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 53 8 38 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------------|--------------|-----|--------------|-----|------------------------------------|-----|----|-----|----|
| EMPRESA O ENTIDAD CLINICA VIDACOOOP | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO BARRANQUILLA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 05 | Mes | 08 | Año | 2013 | Día | 18 | Mes | 11 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN Sin dirección | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION HIJOS DE BOLIVAR SEDE MAGANGUE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOLÍVAR | | | MUNICIPIO MAGANGUÉ | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 07 | Mes | 03 | Año | 2011 | Día | 28 | Mes | 09 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN magangue | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE MUNICIPAL DE MAGANGUE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOLÍVAR | | | MUNICIPIO MAGANGUÉ | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 07 | Año | 2010 | Día | 31 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN magangue - Juan ARIAS | | | | |

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|---------|------|--------------|------|--------------------|------|--|------|--|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día: | 05 | Mes: | 02 | Año: | 2019 | Día: | | Mes: | |
| AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD | | | NIVEL EDUCATIVO PREGRADO | | | | | DIRECCIÓN | | | | |
| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día: | 05 | Mes: | 02 | Año: | 2019 | Día: | | Mes: | |
| AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD | | | NIVEL EDUCATIVO PREGRADO | | | | | DIRECCIÓN | | | | |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|---------|------|--------------|--------------------|------------------|------|--|------|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día: | 05 | Mes: | 02 | Año: | 2019 | Día: | | Mes: |
| AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD | | | NIVEL EDUCATIVO PREGRADO | | | | DIRECCIÓN | | | | |

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---------------------------------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 4 | 10 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4 | 10 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 7 | 2 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 12 | 3 |

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Soledad 2-01-24
Ciudad y fecha

Diliana Garcia
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



GOBERNACION DE BOLIVAR
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 13020929

(31 MAYO 2011)

Por medio de la cual se autoriza la Inscripción, Registro de un Título Profesional y se Autoriza el ejercicio de sus funciones.

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA – GRUPO TALENTO HUMANO

En cumplimiento al Decreto 1875 de 03 de agosto de 1994 y en uso de sus atribuciones legales en especial de la delegación de funciones conferidas por el Agente Especial de la Superintendencia Nacional de Salud ante la Secretaria de Salud Departamental en la Resolución Número 001129 del 16 de noviembre de 2.010 y

CONSIDERANDO:

- 1.- Que.- **DILIANA GARCIA JIMENEZ**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **1.052.949.649** de **Magangue (Bolívar)**, ha solicitado, a esta Secretaría, la Inscripción y Registro de su Título como **ENFERMERA**, otorgado por la **UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR** el día 12 de junio de 2009, según Acta de Grado No. **032** de fecha 12 de junio de 2009.
- 2.- Que dicho Título se encuentra debidamente Registrado ante el Ministerio de Educación Nacional e igualmente registrado en la institución en mención en el Libro No. **30**, Folio No **01** de fecha 12 de junio de 2009.
- 3.- Que.- **DILIANA GARCIA JIMENEZ**, prestó el Servicio Social Obligatorio en la **ESE DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE– BOLIVAR**, desde el **01 de julio de 2010**, hasta el **31 de diciembre de 2010**.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Autorízase a **DILIANA GARCIA JIMENEZ**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **1.052.949.649** de **Magangue (Bolívar)**, para ejercer la Profesión de **ENFERMERA** en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en la ciudad de Cartagena de Indias a los

31 MAYO 2011

Dra. **RAQUEL FERNANDEZ FERNANDEZ**
P. U. Unidad Administrativa-Grupo Talento Humano.

Elaboro: **ANA MARIA BUSTILLO VIANA**
Oficina de Registros Profesionales

Am

Centro, Calle de la Moneda # 7 – 55, Casa de la Moneda
Teléfono 6647247 – 6647248 – 6644160 – 6646379 - 6644326
Pag Web: www.bolivar.gov.co
Cartagena – Colombia

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 *

1052949649

Primer Nombre

DILIANA

Primer Apellido

GARCIA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2833

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-01-02→9:51:49 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | D |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|---|
| CC | 1052949649 | DILIANA | | GARCIA | JIMENEZ | Vigente | V |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DILIANA GARCIA JIMENEZ identificado(a) con CC 1052949649 registra La siguiente información:

2024-01-02→9:51:49 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---------------|-------------------------|-----------------------|--|---------------------|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2011-05-31 | 20929 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD BOLIVAR |

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