	MACROPROCESO ESTRATEGICO	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	CODIGO	FOR-RH-04
	VERIFICACION DE LISTA DE CHEQUEO DE HOJAS DE VIDA		VERSIÓN FECHA	5 01/2025

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Shaila Jimane
Identificado (a) con Cédula No. 1081792961 y Profesión Enf. Jefa AUTORIZO que la **E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DE RIO** en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc. y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por la institución con fines de contratación. Firma: Shaila Jimanez

DOCUMENTOS BASICOS ASISTENCIAL	SI	NO	N/A
Formato Único De Hoja De Vida SIGEP	✓		
Fotocopia de Cedula	✓		
Diploma De Bachiller y Acta De Grado (Técnicos)	✓		
Diplomas y Certificados Del Cargo A Ejercer	✓		
Soportes de Experiencia Laboral (Certificaciones Laborales)	✓		
Tarjeta Profesional	✓		
RETHUS	✓		
Certificado De Procuraduría	✓		
Libreta Militar (Hombre)			X
Certificado De Contraloría	✓		
Certificado Judicial	✓		
Medidas Correctivas	✓		
Rut Actualizado (Año vigente)			
Certificado De Delitos Sexuales	✓		
Certificado De EPS	✓		
Certificado De Afiliación A Fondo De Pensiones	✓		
Certificación de Afiliación de ARL	✓		
Póliza De Responsabilidad Civil (Desde 200 Millones de Pesos)			
Certificado de Antecedentes Ético Profesional (Mes Actual)	✓		
Resolución Departamental Para Ejercer Profesión	✓		
Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM	✓		
Consulta SIMIT (Conductores)			X
Licencia de Conducción (Conductores)			X
Certificación Bancaria (Del año Vigente)	✓		
Propuesta Económica elaborada por el Contratista	✓		
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) https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013	✓		
CURSOS OBLIGATORIOS	**SI**	**NO**	**N/A**
Curso Guía De Atencion Integral Para Víctimas De Violencia Sexual Ley 1146 De 2007	✓		
Certificado De Curso Soporte Vital Básico (Aux. De Enfermería) Avanzado (Enfermeras, Médicos, Fisioterapia) No Superior A 2 Años	✓		
Certificado de Curso Soporte Vital Avanzado (Enfermeras, Médicos Generales)	✓		
Constancia De Formación En Manejo Del Dolor	✓		
Constancia De Formación En Gestión Del Duelo	✓		
Constancia De Formación En Toma De Muestras (Auxiliares De Laboratorio, Auxiliares De Enfermería, Enfermeras)	✓		
Constancia De Formación En Atencion De Victimas De Ataque Con Agentes Químicos	✓		
Curso De Humanización Del Servicio	✓		
Curso De Manejo Y Diagnóstico Clínico Del Dengue (Médicos, Auxiliares De Enfermería , Enfermeras)	✓		
Curso de Seguridad Vial (Conductores)			X
Curso de Primeros Auxilios No Superior a Dos Años) (Conductores)			X
EXAMENES DE INGRESO	**SI**	**NO**	**N/A**
Hemograma, Glicemia, Parcial de Orina	✓		
Examen Ocupacional	✓		
Perfil Lipídico, Perfil Renal, Electrocardiograma (Mayores de 50 de años)		✓	
Copia de Carnet de Vacunación: (HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA) (Todo personal Asistencial)	✓		

AREA CONTRACTUAL			
Supervisor De Contrato :	Revisó: ☐ Aprobó: ☐	**Firma:**	
Área de Talento Humano	Revisó: ☑ Aprobó: ☑	**Firma**	
Área de Contratación	Revisó: ☐ Aprobó: ☐	**Firma**	

partes firmantes confirman haber revisado y aprobado información proporcionada por parte del aspirante

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
Charris	Jimenez	Sheyla Massiel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1081792961	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 08 MES 11 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO FUNDACIÓN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 3B 14A 05 casa haway

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO FUNDACIÓN

TELÉFONO EMAIL sheilmassiell@hotmail.com

2 FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	2005

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	3	X		ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	12	2022	0442
PREGRADO	8	X		ENFERMERA JEFE	06	2010	29568

3 EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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*
ESPAÑOL			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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL EENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMEINTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	06	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMEINTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMEINTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMEINTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMEINTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE PAZ DEL RIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 02 *Mes* 12 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 12 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 02 *Mes* 11 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 11 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 10 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 10 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 07 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 09 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 05 *Mes* 04 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 06 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI	*DIRECCIÓN*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 03 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 03 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 02 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 28 *Mes* 02 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 06 *Mes* 01 *Año* 2021	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 01 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 10 *Año* 2020	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 12 *Año* 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 07 *Año* 2020	*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 09 *Año* 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"	*DIRECCIÓN*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	04	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 02 *Mes* 01 *Año* 2019	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 05 *Año* 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 11 *Año* 2018	*FECHA DE RETIRO* *Día* 05 *Mes* 12 *Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 03 *Mes* 09 *Año* 2018	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 10 *Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 03 *Mes* 07 *Año* 2018	*FECHA DE RETIRO* *Día* 03 *Mes* 09 *Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 02 *Mes* 01 *Año* 2018	*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 06 *Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI	*DIRECCIÓN*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 11 *Año* 2017	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 12 *Año* 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 02 *Mes* 10 *Año* 2017	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 10 *Año* 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 07 *Año* 2017	*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 09 *Año* 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ARACATACA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 01 *Mes* 06 *Año* 2017	*FECHA DE RETIRO* *Día* 30 *Mes* 06 *Año* 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE PYP	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION MI IPS COSTA ATLANTICA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 08 *Mes* 03 *Año* 2016	*FECHA DE RETIRO* *Día* 07 *Mes* 09 *Año* 2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION URGENCIAS	*DIRECCIÓN* CARRERA 13 37 37

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2014	*Día*	01	*Mes*	03	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"						*DIRECCIÓN* CALLE 16 11A 44					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL INFANTIL DE SAN JOSE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	12	*Año*	2011	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y SALAS DE PARTO						*DIRECCIÓN* CARRERA 67 4G 68					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD central de urgencias UCYF			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	06	*Año*	2010	*Día*	11	*Mes*	08	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 8 10					

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	9	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Fundación 0 Octubre de 2026

Shaida Jimenez.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.081.792.961**

JIMENEZ CHARRIS
APELLIDOS

SHEILA MASSIEL
NOMBRES

Sheila Jimenez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-NOV-1987**

FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

23-ENE-2006 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2103100-00883592-F-1081792961-20170216 0053657554A 1 47911654

La República de Colombia, y en su nombre el

Instituto Técnico Bolivariano

FUNDACION - MAGDALENA

Aprobado por la Secretaría de Desarrollo de la Educación del Magdalena, según Resolución No. 028 de Julio 7 de 2003

Confiere a

Sheila Massiel Jiménez Chárris

Identificado(a) con la T.I. No. 871108-60070 expedida en Fundación (Magd.)

El Título de

Bachiller Técnico

Con especialidad en

Artes y Tecnología Industrial

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, según los planes y Programas Vigentes, determinados en el Proyecto Educativo Institucional, acorde con lo dispuesto en la Ley 115 del 8 de Febrero de 1984, Ley General de la Educación y el Decreto 0230 del 11 de Febrero de 2002

Ernesto Miranda Kopain
Rector

Ana Rosero Fontalvo
Secretaria

Anotado al Folio No. 001 del Libro de Registro No. 002. Acta General de Graduación No. 001
Dado en Fundación, a los 7 días del mes de Diciembre del año 2005

de Grad

Instituto Técnico Bolivariano
Aprobado por la Secretaría de Desarrollo de la Educación del Magdalena, según Resolución No. 028 de Julio 7 de 2003.
Fundación - Magdalena

En la ciudad de Fundación, a los siete (7) días del mes de Diciembre del año de 2005, atendiendo lo dispuesto en el numeral e), del Artículo 24 del Decreto 1860 de Agosto 3 de 1994, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos **Rector** y **Secretaria** en la **Rectoría** del **INSTITUTO TECNICO BOLIVARIANO,** Institución aprobada hasta Undécimo grado en el nivel de **Educación Media** y autorizada por la Secretaría de Desarrollo de la Educación Departamental para otorgar el Título de **BACHILLER TÉCNICO** en la Especialidad **ARTES Y TECNOLOGIA INDUSTRIAL,** según Resolución número 028 del 7 de Julio del 2003.

Comprobada la situación **Legal y Académica** de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al **Nivel de Educación Media Técnica,** llenando todos los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER TECNICO con especialidad en **ARTES Y TECNOLOGIA INDUSTRIAL** al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No. NOMBRE
07 JIMÉNEZ CHARRIS SHEILA MASSIEL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. 871108-60070 FUNDACION

Es fiel copia del Acta Original número 001 de fecha 7 de Diciembre de 2005 que consta de 11 alumnos graduados, comienza con el nombre de **BARRIOS RODRIGUEZ LUZ MARINA** y se cierra con el nombre de **VELASQUEZ CABANA FABIAN DE JESUS,** firmado y sellado por ERNESTO MIRANDA ROPAIN (Rector) y ANA ROSERO FONTALVO (Secretaria).

Dada en **Fundación,** a los **siete (7)** días del mes de **Diciembre** de **2005**

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el **Artículo 11°** del Decreto **1860** del **3** de Agosto de **1994.**

Firmado y Sellado

Lic. ERNESTO MIRANDA ROPAIN
C.C. No. 19.580.727 de Fundación
Rector

ANA ROSERO FONTALVO
C.C. No. 26.759.073 de Fundación
Secretaria

EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDOS POR NUESTRO ALUMNO

SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS

C.C.No. 1.081.792.961 de Fundación

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

E N F E R M E R A

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE-RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 70 DEL LIBRO 1/96

NUMERO DE REGISTRO E - 1724

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS

30 DIAS DEL MES Julio DEL AÑO 2010

07996

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

Acta de Grado

Código: E-72-2684-10

Otorgada a: **Sheila Massiel Jiménez Charris**

Cédula Ciudadanía 1.081.792.961 de Fundación

En Barranquilla a los 30 días del mes de julio de 2010 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vicerrector, Director(a) de los Subsistemas Administrativo y Académico, Directores de Programa de Medicina, Odontología, Enfermería, Bacteriología, Fisioterapia, Optometría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Psicología y Trabajo Social, en presencia de su cuerpo docente, se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico.

Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ALUMNO:

Sheila Massiel Jiménez Charris

Cédula Ciudadanía 1.081.792.961 de Fundación

MEDIANTE LA PEDAGOGÍA DIALÓGICA TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDAS PARA SU DESARROLLO INTELECTUAL Y CULTURAL LE OTORGA EL TITULO DE:

Enfermera

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 30 días del mes de julio de 2010

EDUARDO ACOSTA BENDEK
Rector

JESUS SAEZ DE IBARRA
Vicerrector

HERMINIA ROSA CASTELLON MONTENEGRO
Directora del Programa

ALCALDÍA DE FUNDACIÓN

EL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

CERTIFICA:

Revisado los archivos se encontró que la señora: **SHEILA JIMENEZ CHARRIS,** identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.081.792.961 de Fundación (Mag), presto sus servicios profesionales en esta entidad, mediante **ÓRDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

CEDULA	NOMBRE Y APELLIDO	OBJETO DEL CONTRATO	# DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	913	12/09/2022	30/09/2022
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NIVEL ASISTENCIAL COMO ENFERMERO JEFE DE P Y M SALUD PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1010	1/10/2022	30/10/2022
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	1230	1/11/2022	30/11/2022

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	1436	1/12/2022	31/12/2022
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	54	5/01/2023	31/03/2023
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	394	1/04/2023	31/05/2023
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	677	1/06/2023	31/07/2023
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	1019	1/08/2023	31/08/2023

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	1214	1/09/2023	30/09/2023
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	1478	2/10/2023	31/10/2023
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	1799	01/11/2023	31/12/2023
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	57	02/01/2024	31/03/2024
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL NIVEL ASISTENCIAL COMO ENFERMERO JEFE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	365	12/04/2024	30/04/2024

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL NIVEL ASISTENCIAL COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	557	08/05/2024	30/06/2024
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL NIVEL ASISTENCIAL COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	804	11/07/2024	31/07/2024
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL NIVEL ASISTENCIAL COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	928	05/08/2024	30/09/2024
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL NIVEL ASISTENCIAL COMO	1217	01/10/2024	31/12/2024

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

		ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD			
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 3280 DEL 2018, RUTA MATERNO PERINATAL, PLANIFICACION FAMILIAR, REVISION DE INDICADORES PAIWEB	265	11/03/2025	31/03/2025
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 3280 DEL 2018, RUTA MATERNO PERINATAL, PLANIFICACION FAMILIAR, REVISION DE INDICADORES PAIWEB	272	01/04/2025	31/05/2025

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 3280 DEL 2018, RUTA MATERNO PERINATAL, PLANIFICACION FAMILIAR, REVISION DE INDICADORES PAIWEB	OTROSI DEL CONTRATO 272	03/06/2025	30/06/2025
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LAS RUTAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 3280 DEL 2018, RUTA MATERNO PERINATAL, PLANIFICACION FAMILIAR, REVISION DE INDICADORES PAIWEB	550	01/07/2025	31/07/2025
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LAS RUTAS DE PROMOCION Y	904	04/08/2025	31/08/2025

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

		MANTENIMIENTO SEGÚN LA RESOLUCION 3280 DEL 2018, RUTA MATERNO PERINATAL, PLANIFICACION FAMILIAR, REVISION DE INDICADORES PAIWEB			
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DEL NIVEL ASISTENCIAL COMO ENFERMERA JEFE PARA LA RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	1078	01/09/2025	30/09/2025
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DEL NIVEL ASISTENCIAL COMO ENFERMERA JEFE PARA LA RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	1291	01/10/2025	31/10/2025
1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DEL NIVEL ASISTENCIAL COMO ENFERMERA JEFE PARA LA RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	1443	01/11/2025	30/11/2025

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

1.081.792.961	SHEILA JIMENEZ CHARRIS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DEL NIVEL ASISTENCIAL COMO ENFERMERA JEFE PARA LA RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	1628	01/12/2025	31/12/2025

Para mayor constancia se firma en fundación (mag) a los Catorce (14) días del mes de Enero del 2026.

ANGELICA RESTREPO STARITA
PROFESIONAL UNIVERSITARIA
ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaboro y Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

El arriba firmante declara que ha proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

SOPORTE INTEGRAL DE SALUD EN LA REGIÓN

SOPORTE INTEGRAL DE SALUD EN LA REGIÓN (SAMI)
NIT:901426130

CERTIFICA:

Que el Señor(a): **SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS**, identificado(a) con cedula de Ciudadanía N°1081792961, estuvo vinculada a esta IPS mediante Contrato de Prestación de Servicios Profesionales suscrito el Primero (1) de abril de 2022 y finalizado el Tres (03) de Septiembre de 2022, el cual tenía por objeto ejecutar actividades propias para la prestación de servicios como ENFEREMERA, cuyo ámbito territorial de operación era en municipio de Fundación, Magdalena.

Cordialmente;

ADRIANA ROMERO ARIZA
Gerente Regional SAMI

Elaboro Evelyn Quintero
Asistente Adm. SAMI

Libertad y Orden

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

La fuerza del cambio

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN DE ARACATACA, MAGDALENA

CERTIFICA

Que la Licenciada **SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1081792961 de Fundación, Magdalena, laboró en esta institución mediante contrato de prestación de servicios, según los siguientes contratos:

Contrato No. 182, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE PYP DE LA ESE HLSMI DEL 01 AL 30 DE JUNIO DE 2017
Contrato No. 203, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE PAI DE LA ESE HLSMI DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2017.
Contrato No.310, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE PAI DE LA ESE HLSMI del 02 AL 31 DE OCTUBRE de 2017.
Contrato No. 389, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE PAI DE LA ESE HLSMI del 01 de NOVIEMBRE al 31 DE DICIEMBRE DE 2017.
CONTRATO No. 009, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE PAI DE LA ESE HLSMI DEL 02 DE ENERO al 30 DE JUNIO DE 2018.
CONTRATO No. 658, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE PAI DE LA ESE HLSMI DEL 03 DE JULIO al 03 DE SEPTIEMBRE DE 2018.
CONTRATO No. 900, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE PAI DE LA ESE HLSMI DEL 03 DE SEPTIEMBRE al 31 DE OCTUBRE DE 2018.
CONTRATO No. 011, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE PAI DE LA ESE HLSMI DEL 01 DE NOVIEMBRE al 05 DE DICIEMBRE DE 2018.
CONTRATO No. 437, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE PAI DE LA ESE HLSMI DEL 02 DE ENERO AL 31 DE MAYO DE 2019.
CONTRATO No. 497, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI DEL 04 DE JUNIO al 31 DE JULIO DE 2019.

NIT.819.001.712-1
Carretera Troncal del Caribe frente al Estadio Chelo Castro
Aracataca, Magdalena.
e-mail: eseluisasantiaga@hotmail.com

Médico en tu Casa

CONTRATO No. 576, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI DEL 01 DE AGOSTO al 30 DE SEPTIEMBRE DE 2019.

CONTRATO No. 662, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI DEL 01 DE OCTUBRE al 31 DE DICIEMBRE DE 2019.

CONTRATO No. 013, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI DEL 07 DE ENERO al 30 DE ABRIL DE 2020

ADICION AL CONTRATO No. 013, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI DEL 29 DE ABRIL al 30 DE JUNIO DE 2020

CONTRATO No. 173, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI DEL 01 DE JULIO al 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020.

CONTRATO No. 319, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA JEFE PARA EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI DEL 01 DE OCTUBRE al 31 DE DICIEMBRE DE 2020.

CONTRATO No. 013, PRESTACION DE SERVICIOS DE UN JEFE DE ENFERMERIA PARA LA COORDINACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI DEL 06 DE ENERO al 31 DE ENERO DE 2021.

CONTRATO No. 091, PRESTACION DE SERVICIOS DE UN JEFE DE ENFERMERIA PARA LA COORDINACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI DEL 01 DE FEBRERO al 28 DE FEBRERO DE 2021.

CONTRATO No. 179, PRESTACION DE SERVICIOS DE UN JEFE DE ENFERMERIA PARA LA COORDINACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI DEL 01 DE MARZO al 31 DE MARZO DE 2021.

CONTRATO No 267, PRESTACION DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA PARA LA COORDINACION DEL SERVICIO DE PAI, DEL 05 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 2021.

CONTRATO No. 435, PRESTACION DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA PARA LA COORDINACION DEL SERVICIO DE PAI DE LA ESE HLSMI DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2021.

CONTRATO No 578, PRESTACION DE SERVICIOS DE UNA ENFERMERA PARA LA COORDINACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI, DEL 01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DE 2021.

CONTRATO No. 677, PRESTACION DE SERVICIOS DE UN JEFE DE ENFERMERIA PARA LA COORDINACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI, DEL 02 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2021

Libertad y Orden

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA | La fuerza del cambio

CONTRATO No. 758, PRESTACION DE SERVICIOS DE UN JEFE DE ENFERMERIA PARA LA COORDINACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI, DEL 02 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021.
CONTRATO No 013, PRESTACION DE SERVICIOS DE UN JEFE DE ENFERMERIA PARA LA COORDINACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HLSMI, DEL 03 AL 31 DE ENERO DE 2022.

Se expide la presente, a solicitud del interesado, a los veintiocho (28) días del mes de febrero de 2022.

DIANA MARGARITA SANCHEZ MORENO

Hoja de Vida

SOLUCIONES OUTSOURCING B.P.O. SAS
ADMINISTRADOR DE NOMINA PARA

CORPORACION MI IPS COSTA ATLANTICA
NIT. 802.022.145-3

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros de nómina el (la) señor(a) ***SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS*** *identificado(a) con cedula de ciudadanía* ***1.081.792.961*** *laboró en la mediante contrato de trabajo a termino* ***Fijo*** *Desde el día* ***8 de marzo de 2016,*** *hasta el día* ***7 de septiembre de 2016*** *desempeñando el cargo de* ***ENFERMERO (A).***

Se expide la presente certificación, en la ciudad de Bogotá, DC 4 de octubre de 2016, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente al 2879626 Ext. 1001-1013-1018-1021-1010-1011 en la ciudad de Bogotá.

Lo anterior se certifica como outsourcing de nómina de la CORPORACION MI IPS COSTA ATLANTICA.

Atentamente,

ANDREA SANCHEZ BELTRAN
Coordinador(a) de Nómina y Contratación
Designado por ***SOLUCIONES OUTSOURCING B.P.O. SAS***

Camilo Chango

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE SHEILA M. JIMENEZ CHARRIS

C.C. 1.081.792.961 FUNDACION (MAG)

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

RUN No. 29568
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 26/OCT/2011 FECHA DE ACTUALIZACIÓN DATOS 26/OCT/2021

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-27--12:06:58 PM

Tipo Identificación	No. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1081792961	SHEILA	MASSIEL	JIMENEZ	CHARRIS	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS identificado(a) con CC 1081792961 registra La siguiente información:

2026-09-27--12:06:58 PM

Información Académica

Nivel Formación	Origen Obtención Título	Profesión o Disciplina	Fecha Acta Grado	Acta Homologación	Entidad Reconocimiento
UNV	Local	Enfermería	2011-10-26		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2011-09-12	5269	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303783988

PIB
11:51:38

Bogotá DC, 27 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1081792961:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 domingo 27 de septiembre de 2026, a las 11:50:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1081792961
Código de Verificación	1081792961260927115035

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:54:41 AM horas del 27/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1081792961**

Apellidos y Nombres: **JIMENEZ CHARRIS SHEILA MASSIEL**

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.

Volver al Inicio

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

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, 27/09/2026 11:57:49 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1081792961** y Nombre: **SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS.**

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. **148483256** . 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 Busqueda | Imprimir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14809078819

(415)7707212489984(8020) 000001480907881 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 1 7 9 2 9 5 1	0	Impuestosy Aduanas de Santa Marta 19	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 1 7 9 2 9 5 1	2 0 0 6 0 1 2 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Aracataca 2 8 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JIMENEZ	CHARRIS	SHEILA	MASSIEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Fundación 2 8 8

41. Dirección principal: CLL 3B 14A - 0 5 BRR HAWAI

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
sheilmassiel@hotmail.com		3003461004	

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
8610	2010 08 01						

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 2 0																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2026 - 01 - 05 / 10: 10:09

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 05-01-2026 10:10:0AM

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:03:49 horas del 27/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1081792961,** Apellidos y Nombres **JIMENEZ CHARRIS SHEILA MASSIEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ese centro de salud paz del rio**, con NIT **819002551-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

Bogotá, Septiembre / 27 de 2026

Señor (a): SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS
CC. 1081792961
CL 3B 14A 05 B HAWAY BRR
FUNDACION

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Enero / 1 de 2012, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.792.961**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIZ identificado con CC. 1081792961 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO		
Tipo y Numero de Documento	NI - 819002551		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/06/02	**Fecha inicio contrato**	2026/06/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2027/01/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2027/01/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de septiembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC28092026N1081792961A23083764.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032518821

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA 802090047
CERTIFICADO RM28730
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900399048

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** SMATALLANA.EXT **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 24 MM 03 AAAA 2026

TOMADOR	JIMENEZ CHARRIS SHEILA MASSIEL	**C.C. O NIT:**	1081792961 6
DIRECCIÓN:	CL 3 B 14 A 5	**CIUDAD:**	FUNDACION
E-MAIL:	SHEILMASSIELL@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3003461004
ASEGURADO:	JIMENEZ CHARRIS SHEILA MASSIEL	**C.C. O NIT:**	1081792961
DIRECCIÓN:	CL 3 B 14 A 5	**CIUDAD:** FUNDACION	**TEL.** 3003461004
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA

	DD	MM	AAAA
DESDE	21	03	2026
HASTA	21	03	2027

VALOR ASEGURADO EN PESOS

ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
		200,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	ESCOBAR GUERRERO, JAIME RAFAEL					PRIMA NETA	PESOS	150,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	28,500.00
						TOTAL		178,500.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo	DEDUCIBLE Hr
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	21-03-2026	21-03-2027	0.00	200,000,000.00	150,000.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	21-03-2026	21-03-2027	0.00	200,000,000.00	0.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	21-03-2026	21-03-2027	0.00	200,000,000.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	21-03-2026	21-03-2027	0.00	40,000,000.00	0.00	10	1.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	21-03-2026	21-03-2027	0.00	40,000,000.00	0.00	10	1.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: ENFERMERA
MODALIDAD SISTEMA BASE DE COBERTURA POR OCURRENCIA

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI L PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. ***LA MORA EN EL PAGO D RIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIM NGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.*** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA D NICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITA CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANER ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARO QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO E CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO E LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTE EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCI EN BOGOTA, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUED RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD D TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE M INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/ BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA E TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONA PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISM PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D00I NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

(415)7709998911901(8020)0900399048

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DE COLOMBIA

Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, SHEILA MASSIEL JIMEENEZ CHARRIS, con CC No. 1081792961, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 27 de septiembre de 2026.

Atentamente

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

Gobernación del Atlántico

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - 05269 **DE 2011**

12 SET. 2011

"Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio Profesional "

EL SECRETARIO DE SALUD DEL ATLÁNTICO

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto No. 1875 del 3 de Agosto de 1994, Resolución 1058 de 2010 y la Resolución No. 2240 de 2011, y

C O N S I D E R A N D O

Que **SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1081792961 expedida en Fundación - Magdalena, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como **ENFERMERA,** según **TITULO** que le otorgo la **UNIVERSIDAD METROPOLITANA,** el día 30 de Julio de 2010, según Acta de Grado No. E-72-2684-10.

Que dicho Título se registró por la **UNIVERSIDAD METROPOLITANA** en Folio No. 70 del Libro de Registro No. 1/96 con el Número 0 el día 30 de Julio de 2010.

Que en cumplimiento de la Ley 1164 de 2007 y sus reglamentarios, así como de la Resolución 2240 de 14 de Junio de 2011, por el cual se definen criterios para la realización de un Sorteo de asignación de plazas de servicio social obligatorio para los profesionales de Medicina, Bacteriología, Odontología y Enfermería.

Que el Ministerio de la Protección Social llevó a cabo el 22 de Julio de 2011, el sorteo de plazas del SSO, el cual se realizó en las instalaciones del Ministerio de la Protección Social a las 3:00 P.M.

Que **SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS, NO** salió favorecido (a) en el Sorteo para cumplir el Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo con lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, queda **EXONERADO** de la obligación de prestar el Servicio Social Obligatorio y la Secretaría de Salud del Atlántico debe autorizarle el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

R E S U E L V E

ARTICULO ÚNICO: Autorizar a **SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1081792961 expedida en Fundación - Magdalena para ejercer la Profesión de **ENFERMERA** en todo el Territorio Nacional

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día

12 SET. 2011

ROCÍO DEL CARMEN GAMARRA PEÑA
Secretaria de Salud Departamental

Proyectó: Maria Alejandra Mafiol
Revisó : Elvis Fuenmayor

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 472197
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.081.792.961, expedida en Fundacion-Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **INSCRIPCIÓN** del ejercicio de su profesión, según título de **ENFERMERA,** otorgado por **LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA** y Acta de Grado No. E-72-2684-10 del 30 de Julio de 2010 y quien presenta Resolución de Autorización para el Ejercicio Profesional No. 08-05269 expedida por La Secretaria de Salud del Atlantico de fecha 12 de Septiembre de 2011.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Inscribir a **SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.081.792.961, expedida en Fundacion-Magdalena, para ejercer la profesión de **ENFERMERA** para laborar en el Departamento.

ARTÍCULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó el Título o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 15 JUL 2014

ZANDRA CASTAÑEDA LOPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Rosalbina Sepulveda **Revisó: Piedad De la Hoz Orozco.**

Construyendo Respeto por el Magdalena
Secretariadesalud@magdalena.gov.co
Calle 23 No. 13 A 02 Teléfono: 57 54 319542.

2292

TIC

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 1081792961 **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 27/09/2026 12:16 PM

Código Verificación: **HSVE1KDAFY**

Válida hasta: **27/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.081.792.961 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 326226107, abierta/o desde el 11/4/2011.

Se expide en Bogotá el día 27 del mes de Septiembre del año 2026 con destino a: Ese centro de salud paz del rio.

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Fundación Magdalena, Octubre de 2026

Doctor:
IVAN DE LEON VILLA
GERENTE ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO DE FUNDACION MAGDALENA
E.S.D

REF: PROPUESTA ECONOMICA

De la manera más atenta presento propuesta económica con el fin de **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DEL NIVEL ASISTENCIAL COMO ENFERMERA JEFE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO DEL MUNICIPIO DE FUNDACION MAGDALENA.**

Con el objeto que sea tenida en cuenta por la institución de salud y el valor de la propuesta está diseñada para ser ejecutada según lo establecido en los estudios previos.

Igualmente declaro bajo la gravedad del juramento que:

1. Que no encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidades e Incompatibilidades de las señaladas en el artículo 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007.

2. Que no adeudo ninguna multa al estado, que me impida contratar (Ley 1801 de 2016 Articulo 183).

3. Que no ha presentado propuesta diferente a la presente.

4. Que conoce las especificaciones y demás del contrato de PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONAL

5. Que acepta y ha tenido en cuenta todas las condiciones para cumplir con el objeto contractual.

6. En cuanto a los treinta (30) días de validez de la propuesta, acepto lo estipulado dentro de la CONTRATACION DIRECTA

Atentamente:

Sheila Jimenez

SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS
CC. 1.081.792.961

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-01-08 08:22

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SHEILA	MASSIEL	JIMENEZ	CHARRIS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1081792961

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

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	CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO -FUNDACION

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Dirección	["Calle 3 No. 14-35"]
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 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$3.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$3.000.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [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
YANNICK	ENRIQUE	PALACIO	CASTAÑEDA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 84454610

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

SOPORTE VITAL
FORMACION EN SALUD

CERTIFICA

La asistencia de:

Sheila Massiel Jiménez Charris

CC No 1.081.792.961

Profesión

Enfermera

En el Curso de

Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual y de Género

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico en Atención Integral a víctimas de violencia sexual y de género. **Soporte Vital Barranquilla**. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Fundaciòn (Magdalena), el día 07 de enero de 2026 con una intensidad horaria de 48 horas. Este certificado tiene una vigencia de (2) dos años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **VS01221**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

SOPORTE VITAL
FORMACION EN SALUD

CERTIFICA

La asistencia de:

Sheila Massiel Jiménez Charris

CC No 1.081.792.961

Profesión

Enfermera

En el Curso de

Soporte Vital Básico y Avanzado

Según los lineamientos establecidos por la asociación Americana del Corazón

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico de Bls Acls. **Soporte Vital Barranquilla.** Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Fundaciòn (Magdalena), día 21de enero de 2026, con una intensidad horaria de 48 horas. Este certificado tiene una vigencia de (2) dos años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **SV06400**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3054267989 - 3117145014
www.svsoportevital.co

SOPORTE VITAL
FORMACION EN SALUD

CERTIFICA

La asistencia de:

Sheila Massiel Jiménez Charris

CC No 1.081.792.961

Profesión

Enfermera

En el Curso de

Manejo del Dolor

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico en Manejo del Dolor. **Soporte Vital Barranquilla**. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Fundaciòn (Magdalena), el día 14 de enero de 2026, con una intensidad horaria de 20 horas. Este certificado tiene una vigencia de (2) dos años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **TM06213**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3054267989 - 3122150147
www.svsoportevital.co

SOPORTE VITAL
FORMACION EN SALUD

CERTIFICA

La asistencia de:

Sheila Massiel Jiménez Charris

CC No 1.081.792.961

Profesión

Enfermera

En el Curso de

Gestión del Duelo

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Gestión del Duelo. **Soporte Vital Barranquilla**. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Fundaciòn (Magdalena), el día 15 de enero de 2026, con una intensidad horaria de 20 horas. Este certificado tiene una vigencia de (2) dos años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **GD04461**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3054267989 - 3127150147
www.svsoportevital.co

SOPORTE VITAL
FORMACION EN SALUD

CERTIFICA

La asistencia de:

Sheila Massiel Jiménez Charris

CC No 1.081.792.961

Profesión

Enfermera

En el Curso de

Toma de Muestras de Laboratorio Clínico

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico en cuidados intermedios en uci. **Soporte Vital Barranquilla**. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Fundaciòn (Magdalena), el día 10 de enero de 2026, con una intensidad horaria de 20 horas. Este certificado tiene una vigencia de (2) dos años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **CI08037**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3054267989 - 3177150147
www.svsoportevital.co

SOPORTE VITAL
FORMACION EN SALUD

CERTIFICA

La asistencia de:

Sheila Massiel Jiménez Charris

CC No 1.081.792.961

Profesión

Enfermera

En el Curso de

Atención Integral a Víctimas de Ataque Con Agentes Químicos

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico en Atención Integral a víctimas de ataque con agentes Químicos. **Soporte Vital Barranquilla**. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Fundaciòn (Magdalena), día 18 enero de 2026, con una intensidad horaria de 48 horas. Este certificado tiene una vigencia de (2) dos años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **AQ07132**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente General

ARIEL ABAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3054267989 - 3117151147
www.svsoportevital.co

SOPORTE VITAL
FORMACION EN SALUD

CERTIFICA

La asistencia de:

Sheila Massiel Jiménez Charris

CC No 1.081.792.961

Profesión

Enfermera

En el Curso de

Humanización

En los Servicios de la Salud

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico en Humanizaciòn. **Soporte Vital Barranquilla**. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Fundaciòn (Magdalena), el día 13 de enero de 2026, con una intensidad horaria de 20 horas. Este certificado tiene una vigencia de (2) dos años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **HM04572**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3054267989 - 3117150147
www.svsoportevital.co

SOPORTE VITAL
FORMACION EN SALUD

CERTIFICA

La asistencia de:

Sheila Massiel Jiménez Charris

CC No 1.081.792.961

Profesión

Enfermera

En el Curso de

Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico en Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue. **Soporte Vital Barranquilla**. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Fundaciòn (Magdalena), el día 17 de enero de 2026, con una intensidad horaria de 20 horas. Este certificado tiene una vigencia de (2) dos años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **DG09057**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3054267989 - 3117150147
www.svsoportevital.co

"CELAPH COLOMBIA"
Centro de entrenamiento latinoamericano
en APH

CELAPH
COLOMBIA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO LATINOAMERICANO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
NIT No 901411057-1 / En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015
Del Ministerio de Educación Nacional

CONFIERE CERTIFICADO A:

SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS

Identificada con C.C. N° 1.081.792.961

Curso y aprobó el curso en:

ANTICONCEPCION HORMONAL CON ENFASIS EN IMPLANTE

DURACIÓN: 120 HORAS

Realizado con CELAPH COLOMBIA S.A.S
Dado el 02 de Enero de 2026
válido hasta 24 meses

Froilán A. Rincón Avella
Director Académico

Diana Marcela Arciniegas
Representante Legal

CDA/0202026

En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Para validación: **www.celaphcolombia.com**

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1081792961

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Código: 230101257 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en SANTA MARTA. A los treinta y uno (31) días del mes de Mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

1891761 - 31/05/2024
No Y FECHA REGISTRO

JULIO RAFAEL DE JESUS DEL CASTILLO LOZANO
Subdirector CENTRO DE LOGÍSTICA Y PROMOCIÓN ECOTURÍSTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900230101257242CC1081792961C.

CECARH

Corporación de Educación y Capacitación para el Recurso Humano

CECARH
Corporación de Educación y Capacitación para el Recurso Humano
Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Personería jurídica N° 478 de la Gobernación de Bolívar
Licencia de funcionamiento N° 2531 de la Secretaría de Educación y Cultura Distrital

CERTIFICA QUE:

SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS

CC:1081792961

REALIZÓ EL CURSO DE CAPACITACION EN LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA INTEGRAL - IAMII

con una intensidad de 30 horas modalidad virtual realizado desde el 27 de Julio al 05 de octubre de 2024

Rosalba Rangel Pineda
Directora – corporación CECARH

Oscar Josue Lindo Sierra
Médico epidemiólogo y salubrista
IBCLC. Reg. L-151121

idime

252-128007

Fecha ingreso : 24/09/2026 08:52:47 AM
Fecha de muestra: 24/09/2026 08:52:47 a. m.
Fecha impresion : 26/09/2026 09:45:09 AM

No. de Orden:128117
Paciente :JIMENEZ CHARRIS SHEILA MASSIEL
Documento Id:1081792961
Empresa :VIRREY SOLIS IPS-TOMADO IDIME
Sede :FUNDACION MAGDALENA
E-Mail :sheilmassiell@hotmail.com

No. Interno 128007
Edad :38 a 9 m 19 d
Fecha Nacimiento :08/11/1987
Sexo : FEMENINO
Teléfono 3003461004
No. Autoriza : 32085-2507671821

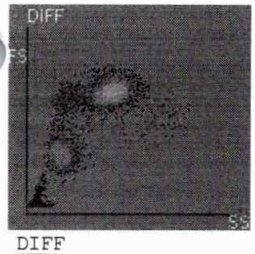
TGPEO%**NEU**CONTROLSIE**TGO**RBC**PTTSIEMENS**BILD**BILT**HGB**VMP**PTSIEMENS**MCH**WBC Web**

HEMATOLOGÍA

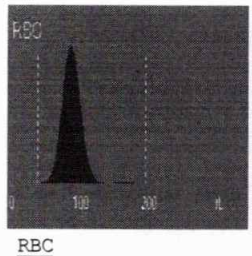
Examen		Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia		
CUADRO HEMATICO Sangre Total						
LEUCOCITOS.		7.62	10^3/uL	5	-	10
NEUTROFILOS %		55.6	%	50	-	62
LINFOCITOS %		37.1	%	25	-	40
EOSINOFILOS %		1.4	%	0	-	3
MONOCITOS %		5.6	%	3	-	7
BASOFILOS %		0.3	%	0	-	2
NEUTROFILOS		4.24	10^3/uL	1.4	-	6.5
LINFOCITOS		2.83	10^3/uL	1.2	-	3.4
EOSINOFILOS		0.11	10^3/uL	0	-	0.7
MONOCITOS		0.42	10^3/uL	0	-	1.2
BASOFILOS		0.02	10^3/uL	0	-	0.2
ERITROCITOS		4.74	10^6/uL	4.2	-	5.4
HEMOGLOBINA		12.8	g/dL	12	-	16
HEMATOCRITO		41.6	%	37	-	47
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA(HCM)		27	pg	26	-	34
CONCENTRACION Hb CORPUSCULAR MEDIA(MCHC)	*	30.8	g/dL	31	-	38
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA(RDW)		13.4	%	11.5	-	14.6
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA		49.4	fL	0	-	0
PLAQUETAS		319	10^3/uL	150	-	500
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO(VPM)		9.9	fL	4.69	-	10
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO(VCM)		87.7	fL	82	-	98

Tecnica: CITOMETRIA DE FLUJO

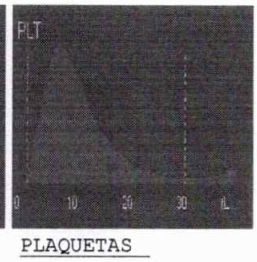
Validó: Reg 35197995 HELENA MENESES ZAMUDIO 24/08/2025 12:30 PM



DIFF



RBC



PLAQUETAS

idime

252-128007

Fecha ingreso : 24/09/2026 08:52:47 AM
Fecha de muestra: 24/09/2026 08:52:47 a. m.
Fecha impresion : 26/09/2026 09:45:09 AM

No. de Orden:128007
Paciente :JIMENEZ CHARRIS SHEILA MASSIEL
Documento Id:1081792961
Empresa :VIRREY SOLIS IPS-TOMADO IDIME
Sede :FUNDACION MAGDALENA
E-Mail :sheilmassiell@hotmail.com

No. Interno 128007
Edad :38 a 4 m 24 d
Fecha Nacimiento: 08/11/1987
Sexo :FEMENINO
Teléfono 3003461004
No. Autoriza : 32085-2507671821

TGPEO%**NEU**CONTROLSIE**TGO**RBC**PTTSIEMENS**BILD**BILT**HGB**VMP**PTSIEMENS**MCH**WBC Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

idime

252-128007

Fecha ingreso : 24/08/2026 08:52:47 AM
Fecha de muestra: 24/08/2026 08:52:47 a. m.
Fecha impresion : 27/08/2026 09:45:09 AM

No. de Orden:122841		No. Interno	122841
Paciente	:JIMENEZ CHARRIS SHEILA MASSIEL	Edad	:38 a 9 m 19 d
Documento Id:1081792961		Fecha Nacimiento:	08/11/1987
Empresa	:VIRREY SOLIS IPS-TOMADO IDIME	Sexo	: FEMENINO
Sede	:FUNDACION MAGDALENA	Teléfono	3003461004
E-Mail	:sheilmassiell@hotmail.com	No. Autoriza	: 32085-2463262756

VSGFOTOMETEO%**NEU**RBC**UREA**HGB**VMP**NRBC**ANAS**MCH**WBC**PLAQ**CREA**VCM**NORMOB%* Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
Tecnica: ENZIMATICA			
Validó: Reg 60394944 DIANA FORIGUA CUELLAR 24/08/2025 12:30 PM			
GLICEMIA BASAL Suero			
Mensurando dentro del alcance de acreditación			
GLICEMIA BASAL	81.7	mg/dL	74 - 106
Tecnica: HEXOQUINASA			
Tecnica: Inmunofluorescencia indirecta			
Validó: Reg 1019139794 CAMILA SANCHEZ TELLO 24/08/2025 12:30 PM			

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo . -
24/08/2025 12:30 PM



LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

idime

252-128007

Fecha ingreso : 24/08/2026 08:52:47 AM
Fecha de muestra: 24/08/2026 08:52:47 a. m
Fecha impresion : 27/08/2026 09:45:09 AM

No. de Orden:98840
Paciente :JIMENEZ CHARRIS SHEILA MASSIEL
Documento Id:1081792961
Empresa :SALUD TOTAL EPS
Sede :FUNDACION MAGDALENA
E-Mail :sheilmassiell@hotmail.com

No. Interno 98840
Edad :38 a 9 m 19 d
Fecha Nacimiento: 08/11/1987
Sexo :FEMENINO
Teléfono 3003461004
No. Autoriza : 32085-2421967920

COLORUBG**UGLUC**DUR**ASP**PH**UPROT**BB**CETU**BACTERIAS**LEUCO**EPITELIALE**NIT**LEUCO Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
	UROANALISIS		
UROANALISIS			
ASPECTO	TRANSPARENTE		0 - 0
COLOR	AMARILLO		0 - 0
DENSIDAD URINARIA	1010		1003 - 1035
pH	7		4.8 - 7.4
LEUCOCITOS	NEGATIVO	cel/uL	0 - 0
NITRITOS	NEGATIVO		0 - 0
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dl	0 - 0
GLUCOSA.	NORMAL	mg/dl	0 - 0
CETONAS	NEGATIVO	mg/dl	0 - 0
UROBILINOGENO	NORMAL	mg/dL	0 - 0
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	mg/dL	0 - 0
SANGRE	NEGATIVO	Ery/ul	0 - 0
CELULAS EPITELIALES	1	/uL	0 - 0
BACTERIAS	ESCASAS		0 - 0
LEUCOCITOS	1	cel/uL	0 - 0

Validó: Reg 57140616 NIDIA POMARES GARCIA 24/08/2025 02:32 PM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo . -



LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

Dr Francisco Vicent Pacheco

Medico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo Licencia en SST 0969/2018 SDS Magdalena

Direccion: Avenida libertador Calle 14#25-37 Inferior 1 Tel.

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Tipo de certificacion	Ingreso		post incapacidad		Rehubicacion		
	Periodico		Caso Ocupacional		Ingreso SVE		
	Retiro		Control		Trabajo en Alturas		

DATOS DEL PACIENTE

FECHA:	20/03/2026	**CARGO:**	ENFERMERA				
EMPRESA CLIENTE :	E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	**NOMBRE Y APELLIDO:**	SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS				
Numero de Identidad:	1081792961	**Edad**	38	**Genero:**	F	X	M
Direccion	CRA 12 # 1A-12	**Escolaridad**	PROFESIONAL		ENFERMERA		
Telefono	3003461004	**EPS**	SALUD TOTAL		CONTRIBUTIVO		

PARACLINICOS PRACTICADOS

Peso : 74 Kg - Talla : 167 cm

CONCEPTO

APTO, SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES PARA EL TRABAJADOR

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE; HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES
- PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 10 MINUTO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES AL INGRESAR A LA EMPRESA

DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: ANTES DE INGRESAR A LA EMPRESA DIARIAMENTE DEBE LLENAR LA ENCUESTA (DIGITAL O FÍSICA) DE SIGNOS O MALESTAR SUGESTIVO DE COVID-19, REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA Y DISTANCIAMIENTO DE 2 METROS DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO.

MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD APLICADO DURANTE LA CONSULTA

PARA LA ATENCION SE APLICARON TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SE REALIZA ENCUESTA-TEST COVID 19. SE TIENEN EN CUENTA EL DECRETO 1297 DEL 2020 DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y LA RESOLUCION 222 DEL 2021 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESPECTO A LAS MEDIDAS GENERALES Y LAS ESPECIFICADAS PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE Y/O CON PATOLOGÍAS FRENTE AL COVID 19. RESOLUCION 1155 DE 2020 - RESOLUCION 777 DE 2021

RESTRICCIONES LABORALES

NO TIENE RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA AL QUE SE DEBE INCLUIR EL TRABAJDOR

VISUAL		AUDITIVO		
RESPIRATORIO		CARDIOVASCULAR		
PSICOSOCIAL		ERGONOMICO		
OTRO		NUTRIONISTA		
REMISION				
SI		NO	X	
ARL		EPS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al consultorio medico del Dr Francisco Vicent, para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud

Dr Francisco Vicent Pacheco
Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo
RM 12552709
Licencia en seguridad y salud en el trabajo 0969/2018

Sheila Jimenez
Trabajador
Cedula:
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 269acd94-08aa-4c49-8b86-ae552ad522a4

Nombres y apellidos / Full name: **SHEILA MASSIEL JIMENEZ CHARRIS**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 8 1 7 9 2 9 6 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **08/11/1987**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3046420614**

Correo electrónico / e-mail: **sheilmassiell@hotmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Sin rango de edad	TD Adulto	Segunda	10	1	2014		024L1009E	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SAL	
Sin rango de edad	TD Adulto	Tercera	11	7	2014		024L1015B	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SAL	
6 meses	Sarampión - Rubéola	Adicional	21	8	2018		012N7186	ARACATACA E.S.E. HOSP LUISA SA	NERY RUIZ CASTAÑO
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	2	7	2021		V50221008	ARACATACA E.S.E. HOSP LUISA SA	NERY RUIZ CASTAÑO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	23	8	2021	PFIZER	FE3593	ARACATACA E.S.E. HOSP LUISA SANTIAGA MARQUEZ	GLADYS MARINA ALMANZA CASTRO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	13	9	2021	PFIZER	FF8843	ARACATACA E.S.E. HOSP LUISA SANTIAGA MARQUEZ	ANA MANOTAS
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primer Refuerzo	3	3	2022	PFIZER	210963	ARACATACA E.S.E. HOSP LUISA SANTIAGA MARQUEZ	GLADYS MARINA ALMANZA CASTRO
Sin rango de edad	TD Adulto	Cuarta	4	7	2024	Serum	2333Q012B	FUNDACION IPS NATALIS SAS, PERINATOLOGIA, DIAGN	JORGE LARA
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	4	7	2024	Green Cross	V50524001	FUNDACION IPS NATALIS SAS, PERINATOLOGIA, DIAGN	JORGE LARA
	Influenza	U	30	9	26	Sequirus	027592	E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO NIT. 819.002.551-7 PAI	

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

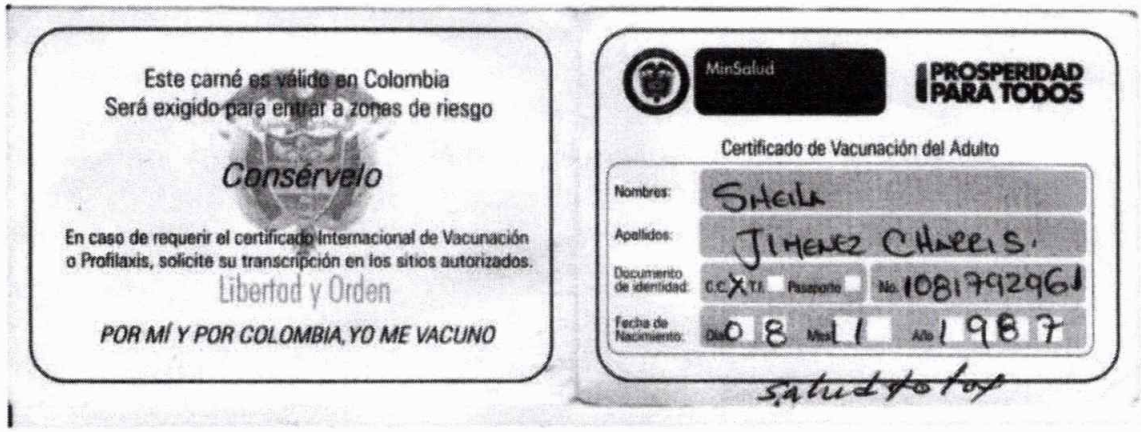
Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

Hoja de Vida



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

Conservelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Sheila

Apellidos: Jimenez Charris.

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1081792961

Fecha de Nacimiento: Día 0 8 Mes 1 1 Año 1 9 8 7

Salud y todo lo

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	10-DIC-13	024L10006E	Claudia
	2	10-01-14	024L10096	Nilson
	3	11-07-14	024L10158	Nilson
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	Junio 26/12	WX06024	Yaimi
	2	Julio 26/12	WX06024	Laura
	3	ENERO 26/13	0430042	MARIA
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	X20 Años	10-DIC 2013	J.5426 8-15	Claudia
Contra Influenza		11-07-14	1410601	Nilson
Virus de Papiloma Humano				