E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC12F VERSION: 04 FECHA DE ULTIMA REVISION:9/12/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Monica Esther Fernandez Camargo Identificado con Cédula No. 57.439.046 y Profesión Aux de enfermeria **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)	✓	
4	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**	✓	
5	Propuesta de Servicios		
6	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	✓	
7	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	✓	
8	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
9	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	✓	
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
12	RUT - Registro Único Tributario		
13	Hoja de Vida — Función publica		
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
15	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual).**		
16	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
17	Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**)		
18	Tarjeta Profesional		
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).		
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
25	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
26	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
29	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
30	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
32	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. **(Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
33	Soporte de experiencia laboral.		
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
35	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)		
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx		

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.439.046

FERNANDEZ CAMARGO

APELLIDOS

MONICA ESTHER

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1974

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-MAY-1992 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

0024480340A 1

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57439046**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57439046	FERNANDEZ	CAMARGO	MONICA	ESTHER	2022-03-05, 6:32 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

Santa Marta 13 de diciembre del 2022

Señor

JOSE DOMINGUEZ AYALA
GERENTE
E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche.

Cordial saludo;

Asunto. Propuesta de trabajo

YO MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO con CC. 57439046 de santa marta por medio del presente escrito ofrezco ante usted mi servicio como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** , en los diferentes servicios de esta prestigiosa institución. Con capacidad e interés por aplicar los conocimientos adquiridos y desarrollar habilidades que contribuyan al cumplimiento de los objetivos de esta importante institución en salud, esperando cumplir con el perfil que necesitan.

Agradezco su atención prestada.

Atentamente,

MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO
CC. 57.439 046 DE SANTA MARTA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 211194500

WEB
01:58:20

Bogotá DC, 11 de diciembre del 2022

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) MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 57439046:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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 11 de diciembre de 2022, a las 00:01:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	57439046
Código de Verificación	57439046221211000101

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:01:32 AM horas del 11/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **57439046**

Apellidos y Nombres: **FERNANDEZ CAMARGO MONICA ESTHER**

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 Honorabie 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.

DIJIN

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/12/2022 02:11:02 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **57439046 .**

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. **48272465** . 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

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14246558971

(415)7707212489984(8020) 000001422900869 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
57439046	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 13	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	57439046	1992 05 20

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Magdalena 47	Santa Marta 707

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FERNANDEZ	CAMARGO	MONICA	ESTHER

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

41. Dirección principal: CL 33 # 4-59 BRR MANZANARES

42. Correo electrónico:

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1: 5760414657

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad Económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:		51. Código:	52. Número establecimientos
8610	2017 12 27			1	2	3222	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma	56. Tipo

Exportadores

	1	2	3
Servicio			
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 2

61. Fecha: 2017 12 27

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

964. Nombre: DITTA GUERRERO ROBERTO SEGUNDO

965. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 27-12-2017 10:42:12 AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Fernandez	Camargo	Monica Esther

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ⊗ C.E ○ PAS ○ No. _____

SEXO: F ⊗ M ○

NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 14 MES 01 AÑO 1974

PAÍS: Colombia

DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Manzana C casa 7 villaDania

PAÍS: Colombia DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta.

TELÉFONO: 3004146576 EMAIL: Monferc la747 Hot mail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1990
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Tecnica		✓		Auxiliar de enfermeria	07	1998	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Universitario Julio Fernández Gutiérrez	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4315426	DÍA 01 MES 06 AÑO 2011	DÍA 31 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermera	Uci Pediatrica	Cll 23 F14 Esquina

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica Benedicto		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	Manferca1974@Hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4236265	DÍA 18 MES 02 AÑO 2010	DÍA 31 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermera	Uci Pediatrica	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica Cehoca		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4358453	DÍA 15 MES 06 AÑO 2012	DÍA 17 MES 06 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux Enfermera	Uci Adulto.	Cra 16 N 25-26

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA __ MES __ AÑO ____	DÍA __ MES __ AÑO ____

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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	10 Años	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10 Años	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	20 Años	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

Mauricio Fdz

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

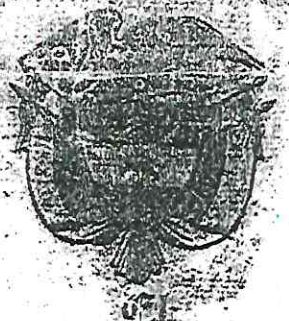
6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

La República de Colombia y en su nombre



El

Nuevo Instituto Mixto Rodrigo de Bastidas

Santa Marta - Magdalena

Aprobado por Resolución No. 332 del 9 de Diciembre de 1993
de la Secretaría de Educación del Magdalena

Confiere a:

MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO

Identificado con ____ No. _____ de _____

El título de

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Vocacional,
según los planes y programas vigentes

Rector(a)

Secretario(a)

Registro ... 9
Fecha ... 21-VII-1
Folio ... 1856

SERVICIO DE SALUD
Control de Medicamentos y Alimentos
J E F E

República de Colombia
Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena
y en su nombre
El Centro de Educación en salud del Magdalena
"Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO

Titular de la C.C. Nº 57.439.046 *Expedida en* Santa Marta

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No.12-90 Santa Marta
Telefono 215776-Fax 234520
Nit.981.780.117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 75

En la ciudad de Santa Marta, a los 13 dias del mes de Marzo del año 1.998 se reunieron, con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos de el curso de AUXILIARES DE ENFERMERIA, los suscritos director y secretaria del CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) 'GABRIEL ANGULO', Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de AUXILIARES DE ENFERMERIA, según Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1.968,Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursan y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIARES DE ENFERMERIA al alumno cuyo nombre y apellido y número de documentos se relacionan a continuación : FERNANDEZ CAMARGO MONICA ESTHER, identificada con la cédula de ciudadanía No. 57.439.046 SANTA MARTA.
Es fiel copia de su original, fecha Marzo 13 de 1.998 que consta de 67 alumnos que comienzan con el nombre de ALVARADO MONTENEGRO YASMITH KAREN y cierran con el nombre de ZUÑIGA MUÑOZ MEREDIT.
Firmado y sellado por NILTON ARIZA TAMARA, Director y LIGIA PONCE DE CLAVIJO, Secretaria.

Dado en Santa Marta, a los 13 dias del mes de Marzo de 1.998

Firmado y sellado

NILTON ARIZA TAMARA
Director

LIGIA PONCE DE CLAVIJO
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA

Trabajamos Para ti!

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 0656 DE 19__.

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus atribuciones legales y especialmente, en las conferidas en los Decretos, y Leyes 056 de 1975, 121 de 1976 y la Resolución 08211 del 15 de junio de 1989 y,

CONSIDERANDO

Que MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO identificada con la Cédula 57.439.045 expedida, en Santa Marta ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO de Santa Marta, el 13 de marzo 1998

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Registrese e Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA en todo el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 21 JUL. 1998

ANTONIO LINERO MANJARRES
Director Servicio Seccional
de Salud del Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Sección Control
Medicamentos Alimentos
y Toxicología

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO

Con Cédula de Ciudadanía No. 57.439.046

Cursó y aprobó la acción de Formación

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Con una duración de 60 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Santa Marta a los Veinticinco (25) días del mes de Abril de Dos Mil Seis (2006)

LOURDES CABALLERO LACOUTURE
SUBDIRECTORA(E) C. MULT. (COM Y SERV)
REGIONAL MAGDALENA

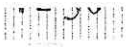
SGC2005AP00123 25/04/2006
No Y FECHA DE REGISTRO

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7.00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.



Cambiar

6849

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-12-11--2:15:31 AM

Tipo Iden	Ide. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	57439046	MONICA	ESTHER	FERNADEZ	CAMARGO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de T
constató que el (la) señor(a) MONICA ESTHER FERNADEZ CAMARGO identificado(a) con CC 57439046 registra La siguiente inf

2022-12-11--2:19:31 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1998-07-21	1856	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MA

proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolu ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matricula Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Esther Fernández Camargo

CC 57439046 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-12
Fecha de vencimiento: 2024-12-12

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Mónica Esther Fernández Camargo

c.c. 57439046 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2022-07-15
Fecha de vencimiento: 2024-07-15

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

ACESS

Otorga el presente certificado a

MÓNICA ESTHER FERNÁNDEZ CAMARGO

C.C. 57439046

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

Gestión del Duelo

Realizado en modalidad virtual, **los días 1 y 2 de Marzo de 2021.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 16/07/2022 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO
CC: 57.439.046 Sexo: F Edad: 48 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones y/o restricciones:

- EXTREMAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ANTE LA PANDEMIA COVID-19
- USO DE EPP
- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes
No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)

Santander Marquez Castamani
MEDICO CIRUJANO
RM. 0556 S.S.M - Lic. 1301 S.S.M
UNIVERSITARIO

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

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

Conservelo

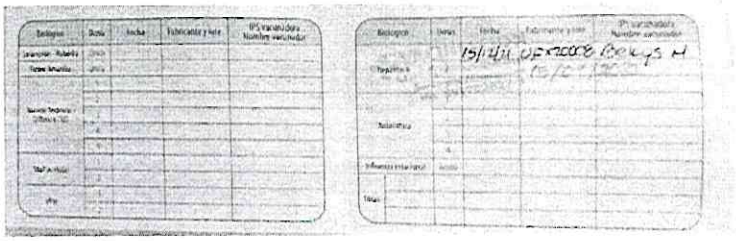
En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Ministerio

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Monica Esther
Apellidos: Fernandez Camargo
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 57439046
Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 01 Año 1974



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Fiebre Amarilla				
Triple Viral				
Tetanos y Difteria (Toxoide Tetánico y Diftérico)	1			
	2			
	R			
Td Adulto	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Tetanico y Difterico	1	15/4/11	SERUM	[illegible] H
	2			
	3			
	R			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Certificado de Vacunación

Institución: CDIOMA 6

Nombre: Monica Esther Fernandez C.

Identificación: 57.439 046 Tel: 300 414 65 76

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
FA	D.U	21-06-14	D36731U	[signature]

Cortesía de Sanofi Pasteur

HOSPITAL CENTRAL

LA SUSCRITA ENFERMERA DEL CENTRO INTEGRAL DE PRODUCCION DE ENFERMERÍA (CIPE)

CERTIFICA

Que la señorita **MONICA FERNANDEZ,** identificada con cedula ciudadanía No 57.439.046, presto sus servicios como Auxiliar de Enfermería en el servicio de Urgencias, reemplazando a la señora **JUDITH NAVARRO** en Vacaciones, durante el periodo comprendido del 26 de Abril al 13 de Mayo del 2005.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada en Santa Marta a los dieciseis (16) días del mes de Mayo del 2005.

[illegible] BASTIDAS CUELLO
[illegible] CIPE

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la Salud
NIT No 900.099.151 – 4
Calle 23 No 14 -46 Tel. 4236265 – 4236207
Email: Clinicabenedicto@hotmail.com
Santa Marta Magdalena

EL SUSCRITO GERENTE DE LA INSTITUCION

CERTIFICA

Que **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 57.439.046 expedida en Santa Marta, laboró en esta institución desde el 01 de Septiembre del 2013, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** con los siguientes Contratos Individual de Trabajo a Término Fijo:

CONTRATOS #	DURACIÓN
1032-1074	Del 01 de Septiembre del 2013 hasta el 31 de Julio del 2014.
1311	Del 01 de Septiembre del 2014 hasta el 31 de Enero del 2015.
1748-1809	Del 01 de Septiembre del 2016 hasta el 31de Julio del 2017.
1955-2013	Del 01 de Septiembre del 2017 hasta el 31 de Julio del 2018.
2130-2206	Del 02 de Septiembre del 2018 hasta el 31 de Marzo del 2019.

Se expide esta certificación a solicitud de la interesada, el día 17 de Mayo de 2019.

Dr. JOSE TORRES HERNANDEZ
Gerente

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la Salud
NIT No 900.099.151 – 4
Calle 23 No 14-46 Tel. 4236265 – 4236207
Email: Clinicabenedicto@hotmail.com

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que la señora **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 57.439.046 expedida en Santa Marta, presta sus servicios en esta institución como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en calidad de supernumeria, realizando turnos eventuales desde el 18 de Febrero de 2010 hasta la fecha, con un ingreso promedio mensual de NOVECIENTOS MIL PESOS **($900.000)** M.L.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado, el día (14) de Junio de 2016.

NEYLA ACOSTA SORACA
Departamento de Talento Humano

CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.
NIT: 900520510-0

LA SUSCRITA COORDINADORA DE RECURSOS HUMANOS

DE

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE
Nit 900.520.510-0

CERTIFICA QUE:

La señora **MONICA HESTER FERNANDEZ CAMARGO** identificada con C.C 57.439.046 de Santa Marta, se encuentra laborando en la clínica, como Auxiliar de enfermería, con un contrato a termino indefinido desde el 15 de junio de 2012, con un salario mensual de (setecientos cincuenta mil pesos) $750.000.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los (21) dieciséis días del mes de Mayo de 2014.

Cordialmente,

STEFANNY HENRY
Coordinadora Recursos Humanos
Centro Hospitalario del Caribe

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la Salud
NIT No 900.099.151 – 4
Calle 23 No 14 -46 Tel. 4236265 – 4236207
Email: Clinicabenedicto@hotmail.com
Santa Marta Magdalena

EL SUSCRITO COORDINADOR DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que el señor **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO,** identificado con la Cédula de Ciudadanía **57.439.046** expedida en santa marta, labora en esta institución como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA,** en la modalidad de Contrato individual de Trabajo a Termino Fijo.

Contrato	Fecha de Inicio	Fecha de terminación
1032	**DEL 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2013**	**HASTA LA FECHA**

Se expide esta certificación a solicitud del interesado, a los nueve (09) días del mes de mayo de 2014.

NEYLA ACOSTA SORACA
Departamento de talento humano

SerEmpleos S.A.

NIT.900.314.486-9

A QUIEN INTERESE:

Hacemos constar que el(a) señor(a) **FERNANDEZ CAMARGO MONICA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 57439046 laboró en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que duró la obra o labor determinada con nuestro empresa cliente **CLINICA LA MILAGROSA** Como trabajador(a) en misión desde el 5 de Agosto de 2010 hasta 31 de Julio de 2011

Devengo un salario básico mensual **687.394,00**

Desempeñó el cargo de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Se expide la siguiente certificación el 31 de Julio de 2011.

Atentamente,

CANDELARIA GARCIA MERCADO
Directora de Talento Humano

U.T.SOPORTE CRITICO & ESCULAPIO CRITICAL CARE

A quien corresponda:

La presente certifica que la señorita MONICA FERNANDEZ CAMARGO identificada con cedula de ciudadanía No 57.439.046 de Santa Marta, prestó servicios profesionales en la Unidad de Cuidados Intensivos ADULTO como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 1 de junio de 2009 hasta el 31 de diciembre 2009.

Se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de febrero de 2010.

Ing. Edwin Pineda Paredes

Administrador

Calle 23 Kra 14 esquina, Hospital Fernando Troconis, piso 5
Tels: 4212594-4231517
Santa Marta (Colombia)

PUNTO EMPLEO S.A.
PERSONAL CON CALIDAD TOTAL A SU SERVICIO
NIT: 801.002.775-4

ADMINISTRAMOS SU PERSONAL EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA:

Que el(a) señor(a) **FERNANDEZ CAMARGO MONICA ESTHER** identificado (a) con la cédula de ciudadanía 57439046 laboro como empleado(a) en misión para la empresa **UNION TEMPORAL SOPORTE CRITICO** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el 18 de diciembre de 2008 a abril 15 de 2009. Su contrato de trabajo fue por obra o labor contratada.

Dada en Barranquilla, Atlántico al primer (01) días del mes de septiembre de 2009.

SANDRA VICTORIA OSORIO ECHEVERRY
Representante Legal

ARMENIA
Tels. 746 5624 - 746 3095
Calle 15 No. 13-55 Piso 2

PEREIRA
Tels. 334 5143 - 335 2467
Calle 18 No. 8-35 Of. 301

BOGOTÁ D.C.
Tel. 691 4787 - 691 2905
Cra. 15 No. 95-64 Of. 205A

MEDELLÍN
Tels. 5113037 - 5125548
Calle 52 No 43-70
Ed. Plaza Horizontal Of. 202

CALI
Tels. 395 0887 - 668 4342
Av. 8N No. 16-47 Granada

BUCARAMANGA
Tel. 697 6951
Cra. 34 No 46-66 Of. 303

MANIZALES
Tels. 886 3083 - 886 2718
Ed. El Castillo Of. 706

BARRANQUILLA
Tel. 3691929
Ed. World Trade Center Of. 312

PASTO
Tel. 729 2635
Calle 16 No. 24-29 Of. 203

IBAGUE
Tels. 266 9297 - 265 8148
Cra. 5 No. 29A - 34 Of. 202

Linea Nacional 01-8000-112838 - E-mail: info@puntoempleosa.com - www.puntoempleosa.com

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOP ASISTENCIA CTA.

CERTIFICA

Que **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.439.046 expedida en Santa Marta fue trabajadora Asociada de Coop Asistencia CTA. desde el dìa 27 de Diciembre de 2.006 Hasta el día de 02 de Diciembre de 2007, aporto trabajo como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de URGENCIA** y desde el 03 de Diciembre de 2007 hasta el 14 de Octubre de 2008 aporto su trabajo asociado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de la UCI PEDIATRICA EN LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA.**

Se expide a solicitud del interesado en floridablanca a los Nueve (09) día del mes de Diciembre de 2008.

HECTOR IVAN PALACIO GONZALEZ
Gerente

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOP ASISTENCIA CTA.

CERTIFICA

Que **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.439.046 expedida en Santa Marta fue trabajadora Asociada de Coop Asistencia CTA. desde el dia 27 de Diciembre de 2.006 Hasta el día de 02 de Diciembre de 2007, aporto trabajo como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de URGENCIA** y desde el 03 de Diciembre de 2007 hasta el 14 de Octubre de 2008 aporto su trabajo asociado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA en el proceso de la UCI PEDIATRICA EN LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA.**

Se expide a solicitud del interesado en floridablanca a los Nueve (09) día del mes de Diciembre de 2008.

HECTOR IVAN PALACIO GONZALEZ
Gerente

Marsalud C.T.A
Cooperativa de Trabajo Asociado
NIT 819006378 –7

Santa Marta, 01 de agosto de 2005

SEÑORA:
MÓNICA FERNÁNDEZ
AUXILIAR DE ENFERMERÍA
L. C.

REF.: Reemplazo periodo descanso.

Respetada señora,

Por medio del presente, informo a usted que a partir del día 5 de septiembre hasta el 21 de septiembre (inclusive) entrará a reemplazar a JUDITH PINTO GARAY en el servicio de PEDIATRÍA, durante quince (15) días de descanso, que por estatutos le corresponden.

Para lo cual le solicito en forma respetuosa ponerse a órdenes de la licenciada Martha Cruz de Diazgranados, coordinadora de enfermería.

Cordialmente,

MILDER COBO BECERRA
Gerente MARSALUD, CTA.

c.c.: archivo, hoja de vida.

CALLE 29 No. 4 – 28 SANTA MARTA, D. T. C. H. TEL.: 4231002, 03 – 3106021412
MARSALUDCTA@hotmail.com

El servicio público es de todos | Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES YRENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS

(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2021-12-21 22:48

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MONICA	ESTHER	FERNANDEZ	CAMARGO

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA — Número: 57439046

Lugar de nacimiento

País: Colombia — Departamento: Magdalena — Municipio: S.MARTA

Lugar de domicilio

País: Colombia — Departamento: Magdalena — Municipio: SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ uotra donde trabaje: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País: Colombia — Departamento: Magdalena — Municipio: SANTA MARTA

Dirección: CARRERA 14 NO. 23-42 ALCAZARES

Cargo o función que cumple: CONTRATIST

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 prestacióndel servicio público.

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.542.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$1.542..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
AHORROS	Colombia	$0,00

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 INTERES

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

2.1. INFORMACIÓN DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento | Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro dejunta 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: Si [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57439046,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de diciembre de 2022.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE LA EPS CAJACOPI

Se certifica que FERNANDEZ CAMARGO MONICA ESTHER identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 57439046 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-57439046
NOMBRES Y APELLIDOS:	FERNANDEZ CAMARGO MONICA ESTHER
TIPO DE AFILIADO:	COTIZANTE
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A EPS CAJACOPI:	24/08/2016
FECHA RETIRO EPS CAJACOPI:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
NIVEL:	1
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	SANTA MARTA / MAGDALENA

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generacion: 13/12/2022
Codigo de verificacion: AFCS202200000144955
Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

Línea nacional: 018000
Correo: contactoeps
www.cajacopieps.com

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 57439046, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/08/2022 y fecha fin de contrato 31/12/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201022231041.

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de Diciembre de 2022.

MES_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO	Sexo M		F	X

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		57439046	Santa Marta .	20/05/1992

Estado Civil (Selecciono)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urban
			x				X		2			x		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
31	5	1984	Santa Marta	MANZ C CASA 7 VILLA DANIA	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
MONFERCA1974@HOTMAIL.COM	3004146576	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado				8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
ACTI VIDA	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOS pita	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
kra 14 n. 24-32	Santa Marta	Los Alcazares	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

total ingreso mensuales 1800000	Total Egresos mensuales 18000000
Otros Ingresos Mensules 200,000	otros ingresos mensuales 200,000
total activos 2000000	Total Pasivos 2,000,000

Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes 12	Año 2021	Es declarante?	SI		NO

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

MI TRABAJO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: MI TRABAJO _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento