E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC12F VERSION: 03 FECHA DE ULTIMA REVISION:18/07/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, **AURA ROSA SALJA MIRANDA**, Identificada con Cédula No. **36.669.215** y Profesión **ENFERMERA**, **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: Aura R. Salja M.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
3	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php**	**X**	
4	Propuesta de Servicios	**X**	
5	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	**X**	
6	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	**X**	
7	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	**X**	
8	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	**X**	
9	Cedula de Ciudadanía	**X**	
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		**X**
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		**X**
12	RUT - Registro Único Tributario	**X**	
13	Hoja de Vida — Función publica	**X**	
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**	**X**	
15	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Abogados, Médicos, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**).	**X**	
16	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		**X**
17	Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**)	**X**	
18	Tarjeta Profesional	**X**	
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	**X**	
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		**X**
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**.	**X**	
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		**X**
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	**X**	
24	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		**X**
25	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*.		**X**
26	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*)	**X**	
27	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.*		**X**
28	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***).	**X**	
29	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		**X**
30	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		**X**
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		**X**
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)**	**X**	
33	Soporte de experiencia laboral.	**X**	
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	**X**	
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**	**X**	
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	**X**	
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	**X**	
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	**X**	
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx	**X**	

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: _____



Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

Santa Marta, 18 de Julio de 2022

Señores
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Atte: LUIS OSCAR GALVES MATEUS
Gerente – Agente Especial Interventor Superintendencia Nacional de Salud
La Ciudad

Respetado y Distinguido Hospital

Soy Enfermera Jefe de la Universidad Cooperativa de Colombia de Santa Marta, y puedo garantizar que, tanto por los estudios realizados como por mi experiencia como Enfermera, reúno condiciones suficientes para ocupar y llevar a cabo satisfactoriamente cualquier trabajo acorde con mi perfil profesional.

También soy consciente de que trabajar con ustedes será para mí una gran oportunidad para afianzar mis conocimientos, además de una ocasión excelente para poder ampliarlos a través de enfoques nuevos y realidades diferentes, que estimularan sin duda mi afán de superación

Con sumo gusto le hago entrega de mi currículum, donde, como es obvio, no figuran otras cualidades implícitas que me avalan y me distinguen como persona responsable y solidaria, y, de manera especial, con una actitud abierta ante este nuevo reto, el cual estoy segura redundará en beneficio para ambas partes.

Me encantaría reunirme con ustedes para compartir nuestros intereses con más detalle, muy útil para explorar posibles oportunidades de colaboración.

Con mis más cordiales saludos,

Atentamente;

Aura R. Salja M.
AURA ROSA SALJA MIRANDA
Enfermera Jefe
C.C. No. 36.669.215 de Santa Marta

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 200795871

WEB
14:33:11

Bogotá DC, 16 de julio 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) AURA ROSA SALJA MIRANDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 36669215:

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 sábado 16 de julio de 2022, a las 14:36:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	36669215
Código de Verificación	366692152207161436O6

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:41:44 PM horas del 16/07/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **36669215**
Apellidos y Nombres: **SALJA MIRANDA AURA ROSA**

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.

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

Todos los derechos reservados.

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, 16/07/2022 03:43:28 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **36669215** y Nombre: **AURA ROSA SALJA MIRANDA.**

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. **37248979** . 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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.669.215**

SALJA MIRANDA

APELLIDOS

AURA ROSA

NOMBRES

Aura R. Salja Miranda

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ABR-1977**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-MAY-1995 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00164163-F-0036669215-20090724 **00138**58927A 1 4430100360

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14580291411

(415)7707212489984(8020) 000001458029141 1

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALJA	MIRANDA	AURA	ROSA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 14 26 52 AV DEL LIBERTADOR

42. Correo electrónico: aurarosalja@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 8 0 2 0 1						2 2 2 4	

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 03

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO 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*
SALJA	**MIRANDA**	**AURA ROSA**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAS ○ No. **36.669.215**

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ *PAÍS* _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 1 4 MES 0 4 AÑO 1 9 7 7

PAÍS **COLOMBIA**

DEPTO **MAGDALENA**

MUNICIPIO **SANTA MARTA**

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 14 No. 26 – 52 (Avenida Libertador)

PAÍS **COLOMBIA** DEPTO **MAGDALENA**

MUNICIPIO **SANTA MARTA**

TELÉFONO **605 440 0012** EMAIL **aurarosalja@hotmail.com**

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										*TÍTULO OBTENIDO:* **BACHILLER COMERCIAL**
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	■	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 1 1 AÑO 1 9 9 4

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 ÉSTA 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*
UN	**OCHO (08)**	**X**		**ENFERMERA**	**12**	**1**	**9**	**9**	**9**	**07679**

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

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*
CARDIOVIDA S.A.S		**X**	**COLOMBIA**

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
439 4720	DÍA **2 2** MES **0 4** AÑO **2 0 2 1**	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	**URGENCIAS**	**CARRERA 14 No. 23 - 42 (ALCAZARES)**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**X**		**COLOMBIA**

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
436 5007	DÍA **0 1** MES **0 7** AÑO **2 0 1 8**	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	**URGENCIAS - HOSPITALIZACION**	**CARRERA 14 No. 23 - 42 (ALCAZARES)**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SALUD Y VIDA IPS		**X**	**COLOMBIA**

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
311 615 2021	DÍA **2 4** MES **0 9** AÑO **2 0 1 6**	DÍA **3 0** MES **0 4** AÑO **2 0 2 2**

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	**CONSULTA EXTERNA**	**CALLE 24 No. 17A - 36 (ALCAZARES)**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
	SANTA MARTA	

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)

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*
ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND	**X**		**COLOMBIA**

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4202353	DÍA **16** MES **11** AÑO **2013**	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	**URGENCIAS**	**CALLE 9 CARRERA 19 (ALMENDROS)**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HEMERA UNIDAD DE INFECTOLOGIA IPS		**X**	**COLOMBIA**

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4226886	DÍA **04** MES **06** AÑO **2013**	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	**CONSULTA EXTERNA**	**CARRERA 16 No. 21A - 17 (13 DE JUNIO)**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAPRECOM EPS	**X**		**COLOMBIA**

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4313331	DÍA **01** MES **06** AÑO **2012**	DÍA **31** MES **03** AÑO **2013**

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
LIDER GESTION DEL RIESGO - P Y P	**ADMINISTRATIVA**	**CARRERA 15 No. 22 - 54 (ALCAZARES)**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAPRECOM - INPEC	**X**		**COLOMBIA**

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4200077 - 4204100	DÍA **07** MES **03** AÑO **2011**	DÍA **31** MES **05** AÑO **2012**

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	**CONSULTA EXTERNA**	**CALLE 24 No. 17A - 36 (ALCAZARES)**

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)

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*
CLINICA LA MILAGROSA		**X**	**COLOMBIA**

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4215850	DÍA **10** MES **02** AÑO **2011**	DÍA **30** MES **12** AÑO **2011**

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	**ASISTENCIAL**	**CALLE 22 No. 13A - 09**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA SALUDCOOP IPS		**X**	**COLOMBIA**

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4232562	DÍA **18** MES **11** AÑO **2008**	DÍA **01** MES **07** AÑO **2010**

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	**ASISTENCIAL**	**CALLE 14 No. 24 - 107 (AV. LIBERTADOR)**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
QUIMIOSALUD IPS		**X**	**COLOMBIA**

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4347951	DÍA **08** MES **01** AÑO **2008**	DÍA **22** MES **11** AÑO **2008**

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	**CONSULTA EXTERNA**	**CALLE 14 No. 26 - 26 (AV. LIBERTADOR)**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INSTITUTO DEL CORAZON (FCV)		**X**	**COLOMBIA**

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4329100	DÍA **17** MES **07** AÑO **2007**	DÍA **30** MES **10** AÑO **2007**

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COORDINADORA MDNI	**CONSULTA EXTERNA**	**CARRERA 4 No. 26A - 71**

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*
ENFERMERA	**18**	**5**

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 INCOM- PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN 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).



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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Acta Individual de Graduación No. 054

DEPENDENCIA: FACULTAD DE FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

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

FECHA: 7 DE ABRIL DE 2000

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA.

En atención a que AURA ROSA SALJA MIRANDA

con cédula de ciudadanía No. 36,669,215 **de** SANTA MARTA

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

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No. 001 **en sesión del día** 14 **de** FEBRERO **de** 2000

Para constancia se suscribe por:

CESAR PEREZ GARCIA
Rector

EDUARDO ANGULO MESTRE
Director Seccional

JUAN OLIVELLA JACQUIN
Decano de la Facultad

CARLOS ARTURO PIEDRAHITA C.
Secretario General

No. 05444

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica Resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1983
por el Ministerio de Educación Nacional

En atención a que:

Aura Rosa Salja Miranda

CON CEDULA DE CIUDADANIA No. 36'669.215 DE SANTA MARTA

Ha Cumplido con todos los Estudios que los Estatutos Universitarios exigen para optar al TITULO de:

ENFERMERA

Le Expide el presente Diploma. En Testimonio de ello se Firma y Refrenda con los Sellos respectivos en SANTA MARTA a los 7 días del mes de Abril de 2000

Rector

Decano de facultad

Director Seccional

Secretario general

Jefe de registros y diplomas

Anotado al folio No. 1022 Del libro de registros y diplomas No. 2 Refrendado en Santa Marta el 6 de Abril de 2000

El

Instituto Magdalena

de Santa Marta

Aprobado por Resolución Nó 15109 del 9 de Oct. de 1.984
Emanada por el Ministerio de Educación Nacional

Confiere a:

AURA ROSA SALJA MIRANDA

Identificado con T I No. 11697 de STA MTA

El título de

BACHILLER COMERCIAL

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

Director (a)

Secretario (a)

Dado en Santa Marta a 29 de Noviembre de 1994

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **AURA ROSA SALJA MIRANDA** identificada con la cédula de ciudadanía número 36.669.215, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dieciocho (18) días del mes de julio del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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

x · 0438

"Por medio de la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional"

EL SECRETARIO DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA, en cumplimiento a lo expresado en el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO

Que **AURA ROSA SALJA MIRANDA** con cédula de ciudadanía No. 36.669.215 de Santa Marta - Magdalena, ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **ENFERMERA**, título que le otorgó LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, según acta de grado No 054 del Abril 7 del 2000.

Que dicho título se encuentra registrado por la Universidad Cooperativa de Colombia en el Folio No. 1022 del Libro de Registros y Diplomas No. 2 del 6 de Abril del 2000.

Que en cumplimiento de la ley 50 de 1981 y sus reglamentaciones, así como del Acuerdo No. 05 de 1998 expedido por el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, presidido por el ICFES; y según la Resolución No. 522 de abril 16 de 2001, se autorizó la realización de un sorteo de plazas de Odontología, Enfermería, y Bacteriología, para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizó el 29 de Junio de 2001 a las 9 a.m. en la sede del Ministerio de Salud.

Que **AURA ROSA SALJA MIRANDA** no salió favorecida en el sorteo para cumplir el Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo con lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria de Salud debe autorizarle el ejercicio de su profesión.

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

RESUELVE 0438

ARTICULO UNICO: Autoriza a **AURA ROSA SALJA MIRANDA** con cédula de ciudadanía No. 36.669.215 de Santa Marta - Magdalena, para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en el territorio nacional.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

29 AGO 2001

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.001

MARIO VELASQUEZ LINERO
Secretario de Desarrollo de la Salud

JUAN SIERRA AVENDAÑO
Profesional Especializado

REPUBLICA DE COLOMBIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia

ANEC

TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE AURA ROSA SALJA MIRANDA

C.C. 36.669.215 SANTA MARTA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 07679

REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 17/JUL/2003

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 17/JUL/2013

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

La salud es de todos Minsalu

Ingresar Registrarse Ayuda

ReTHUS

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

Tipo de Identificación * Cedula de Ciudadania

Número de Identificación * 36669215

Primer Nombre * AURA

Primer Apellido * SALJA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4409

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2022-07-16→8:57:07 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36669215	AURA	ROSA	SALJA	MIRANDA	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 Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) AURA ROSA SALJA MIRANDA identificado(a) con CC 36669215 registra La siguiente información:

2022-07-16→8:57:07 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2003-07-17		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	ENFERMERIA	2001-08-29	438	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

AURA ROSA SALJA MIRANDA

IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 36.669.215

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 5 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2021, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Andrés Fabián Monje
GERENTE

IMAVSS
IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD

Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

AURA ROSA SALJA MIRANDA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANIA N° 36.669.215

Asistió al Curso de:

SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 15 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CON EL AUSPICIO DE :

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.

PNHM CIA LTDA

AURA ROSA SALJA MIRANDA
C.C. 36669215

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 26 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 9 horas.

Temario: Atención Integral para la Gestión del Duelo.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

FECHA SUGERIDA RENOVACION CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Diciembre de 2022

CEL +1 647 8069272 www.fppt.info

CON EL AUSPICIO DE :

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.

PNHM CIA LTDA

AURA ROSA SALJA MIRANDA
C.C. 36669215

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 26 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 9 horas.

Temario: Atención a Personas Víctimas de Ataque con Agentes Químicos.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

FECHA SUGERIDA RENOVACION CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Diciembre de 2022

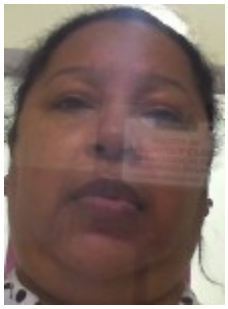
CEL +1 647 8069272 www.fppt.info

LABORATORIO CLÍNICO MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 19/07/2022

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: AURA ROSA SALJA MIRANDA
Identificación: CC: 36669215
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: ENFERMERA
Fecha nacimiento: 10/04/1977
Edad: 45
Genero: Femenino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Santa marta,
Nº hijos: 0
ARL:
EPS: Mutual Ser EPS
AFP: Colpensiones

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

TRABAJADOR APTA PARA EL CARGO

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

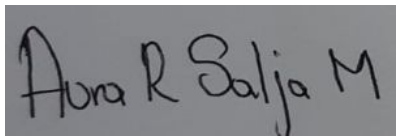
HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
VALORACION CON NUTRICION POR EPS
SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS DE BASE POR EPS.

NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID 19

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584



Aspirante o trabajador
AURA ROSA SALJA MIRANDA
Identificación: CC: 36669215



LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

EL DIRECTOR DE LA TERRITORIAL DEL MAGDALENA DE LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM

CERTIFICA

Que **CAPRECOM** con **NIT899.999.026 – 0,** suscribió con **AURA ROSA SALJA MIRANDA**,identificado (a) con **NIT 36.669.215**, la (s) siguientes (s) orden (s) de prestación de servicios:

- **ORDEN No. OR470304 – 2012del 03 de Julio del 2012.**

OBJETO: Prestación de servicios profesional de apoyo a la gestión en la Territorial Magdalena.

VALOR: Dos millones seiscientos cuatro mil seiscientos tres pesos ($2.604.603.oo) M/cte.

PLAZO DE EJECUCION: Desde su perfeccionamiento, es decir, desde el 03 de Julio del 2012 hasta el 31 de Julio del 2012.

Se expide en santa Marta por solicitud de la interesada a los diecinueve (19) días del mes de Septiembre del 2012.

CESAR AUGUSTO RINCONES SANCHEZ
Director Territorial Magdalena
CAPRECOM

EL DIRECTOR DE LA TERRITORIAL DEL MAGDALENA DE LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM

CERTIFICA

Que **CAPRECOM** con **NIT899.999.026 – 0,** suscribió con **AURA ROSA SALJA MIRANDA**,identificado (a) con **NIT 36.669.215**, la (s) siguientes (s) orden (s) de prestación de servicios:

- **ORDEN No. OR47175 – 2012 del 01 de Junio del 2012.**

OBJETO: Prestación de servicios profesional de apoyo a la gestión en la Territorial Magdalena.

VALOR: Dos millones seiscientos cuatro mil seiscientos tres pesos ($2.604.603.oo) M/cte.

PLAZO DE EJECUCION: Desde su perfeccionamiento, es decir, desde el 01 de Junio del 2012 hasta el 30 de Junio del 2012.

Se expide en santa Marta por solicitud de la interesada a los diecinueve (19) días del mes de Septiembre del 2012.

CESAR AUGUSTO RINCONES SANCHEZ
Director Territorial Magdalena
CAPRECOM

CORPORACION IPS SALUDCOOP
NIT. 830.106.376-1

LA COORDINACION NACIONAL DE NÓMINA DE

CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP

CERTIFICA

Que el(la) Señor(a) ***AURA ROSA SALJA MIRANDA****, identificado(a) con cédula de ciudadanía* ***No. 36669215****, laboró en esta Entidad desde el día* ***3 de Noviembre de 2009*** *hasta el día* ***3 de Julio de 2010****, desempeñando el cargo de* ***ENFERMERO JEFE****, con contrato de trabajo a término Fijo.*

En constancia se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los 26 días del mes de Julio de 2010.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente al número 6466930 o a la línea 0180011211.

CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP
NIT. 830.106.376-1
COORDINACION NACIONAL DE NOMINA

CRISTIAN SANCHEZ BOCACHICA
Coordinador de Nómina

ACTIVOS S.A.
NIT: 860.090.915

LA GERENTE DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que la Señora SALJA MIRANDA AURA ROSA identificada con Cedula De Ciudadania número 36,669,215, laboro en nuestra empresa a partir del 18 de Noviembre de 2008 hasta el 16 de Julio de 2009, mediante un contrato de trabajo por el termino que dure la OBRA O LABOR, y en ejercicio del mismo fue asignado como trabajador en misión a la usuaria CORPORACION IPS CRUZ BLANCA, desempeñándose en el cargo de ENFERMERO (A) JEFE con una asignacion PROMEDIO mensual de UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTI-DOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($1,986,322).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Julio de 2009 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

ACTIVOS S.A. NIT. 860.090.915-9

SANDRA BELTRAN GUILLEN
GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

LM: CORPORACION IPS CRUZ BLANCA - - 371533

ACTIVOS S.A.

NIT: 860090915

LA GERENTE DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que la Senora SALJA MIRANDA AURA ROSA identificado con cedula de cuidadania No. 36,669,215, laboro en nuestra empresa, a partir del 18 de NOVIEMBRE de 2008 hasta el 16 de Julio de 2009, desempenandose en el cargo de ENFERMERO (A) JEFE con una asignacion mensual de UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE ($1,541,700).

Estando afiliado a la E.P.S. COOMEVA E.P.S. S.A. y A.F.P. ING FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS

La presente certificacion se expide en Bogota, a solicitud del interesado a los 22 dias del mes JULIO de 2009 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

DIVISION DE RECURSOS HUMANOS

LM: CORPORACION IPS CRUZ BLANCA 81481-7 URGENCIAS

ACTIVOS S.A.

NIT: 860090915

LA GERENTE DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que la Senora SALJA MIRANDA AURA ROSA identificado con cedula de cuidadania No. 36,669,215, laboro en nuestra empresa, a partir del 18 de NOVIEMBRE de 2008 hasta el 16 de Julio de 2009, desempenandose en el cargo de ENFERMERO (A) JEFE con una asignacion mensual de UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE ($1,541,700).

Estando afiliado a la E.P.S. COOMEVA E.P.S. S.A. y A.F.P. ING FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS

La presente certificacion se expide en Bogota, a solicitud del interesado a los 22 dias del mes JULIO de 2009 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

DIVISION DE RECURSOS HUMANOS

LM: CORPORACION IPS CRUZ BLANCA 81481-7 URGENCIAS

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOP ASISTENCIA CTA.

CERTIFICA

Que **AURA ROSA SALJA MIRNADA** identificada con la cédula de ciudadanía No 36.669.215 expedida en Santa Marta, es trabajadora Asociada de Coop Asistencia CTA. desde el dìa 17 de Julio de 2.007, desempeñando el cargo de **ENFERMERA.**

Que su convenio de asociación es indefinido con los siguientes ingresos:

- Compensacion ordinaria mensual de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS M.CTE ($1.200.000.oo).

Que aporta trabajo asociado en los procesos ofertados a la FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA.

Se expide a solicitud del interesado en Floridablanca, a los catorce (14) día del mes de Noviembre de 2007.

HECTOR IVAN PALACIO GONZALEZ
Gerente

La Solución Laboral Para Su Empresa

Presencia Inteligente Ltda.

SERVICIOS TEMPORALES

NIT: 802.005.344-0

HACE CONSTAR:

Que El (La) Señor(a)	**AURA ROSA SALJA MIRANDA**
Con Cédula de Ciudadanía No.	36,669,215 expedida en SANTA MARTA
Contrato de trabajo:	Por el tiempo que dure la realización de la Obra o Labor Contratada.
Labora desde:	16/10/2006
Desempeñando el cargo de:	Enfermera(o) Jefe, como trabajador(a) en misión en CLINICA GENERAL DE CIENAGA
Asignación final mensual de:	$964,612

La presente constancia se expide en Barranquilla a los 27 días de mes de Junio del año 2007.

Atentamente,

"PRESENCIA INTELIGENTE" SERVICIOS TEMPORALES

FIRMA AUTORIZADA

CLARIZA GOMEZ PALENCIA

Departamento de personal

C5E0942040

Carrera 48 No. 70-77 - Tels.: 3607422 - 3584324 - Telefax: 3605767
Barranquilla - Colombia

DISTRITO TURÍSTICO CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
NIT 819.004.070 – 5

LA JEFE DE TALENTO HUMANO DE E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND

CERTIFICA

*Que la señorita **AURA ROSA SALJA MIRANDA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.669.215 expedida en Santa Marta, prestó sus servicios como Enfermera durante los meses de Diciembre de 2005 a Marzo de 2006.*

Se expide esta solicitud a petición de la interesada, el día 26 de Marzo de 2006.

Cordialmente,

LUZ CONSTANZA DAVID HOYOS
Profesional Universitario
Jefe Talento Humano E.S.E.

La Solución Laboral Para Su Empresa

Presencia Inteligente Ltda.

SERVICIOS TEMPORALES

NIT: 802.005.344-0

HACE CONSTAR:

Que El (La) Señor(a)	**AURA ROSA SALJA MIRANDA**
Con Cédula de Ciudadanía No.	36,669,215 expedida en SANTA MARTA
Contrato de trabajo:	Por el tiempo que dure la realización de la Obra o Labor Contratada.
Laboró desde:	13/08/2004 Hasta 12/08/2005
Desempeñando el cargo de:	Enfermera(o) Jefe, como trabajador(a) en misión en CLINICA LA MILAGROSA
Asignación final mensual de:	$846,720

La presente constancia se expide en Barranquilla a los 27 días de mes de Junio del año 2007.

Atentamente,

"PRESENCIA INTELIGENTE"
SERVICIOS TEMPORALES

CLARITZA GOMEZ PALENCIA
Departamento de personal
BC28792040

Carrera 48 No. 70-77 - Tels.: 3607422 - 3584324 - Telefax: 3605767
Barranquilla - Colombia

Presencia Inteligente Ltda.
La Solución Laboral Para Su Empresa
SERVICIOS TEMPORALES
NIT: 802.005.344-0

CERTIFICA QUE

El (La) Señor (a)	**AURA ROSA SALJA MIRANDA**
Con Cédula de Ciudadanía No.	36,669,215 de SANTA MARTA
Laboró	Presencia Inteligente Ltda.
Como trabajador (a) en misión en	**CLINICA LA MILAGROSA**
Desde el día	18/06/2003 AL 17/06/2004
En el cargo de	Enfermera(o) Jefe
Sueldo	$760,240
Embargo	Ninguno
Fecha de Expedición	15/11/2005

Atentamente,

"PRESENCIA INTELIGENTE"
SERVICIOS TEMPORALES
FIRMA AUTORIZADA

CLARIZA GOMEZ PALENCIA
Departamento de Personal
1BFA5E

Carrera 48 No. 70-77 - Tels.: 3607422 - 3584324 - Telefax: 3605767
Barranquilla - Colombia

QUIMIO SALUD Ltda.
Mejoramos su calidad de vida

LA ADMINISTRADORA REGIONAL

CERTIFICA

Que la señora **AURA ROSA SALJA MIRANDA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.669.215 de Santa Marta, laboro en nuestra empresa en el periodo comprendido entre el 08 de Enero a 22 de Noviembre de 2008, desempeñando el cargo de ENFERMERA JEFE con contrato indefinido y una asignación salarial mensual de UN MILLON DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($1.000.000.oo)

La presente certificación se expide en Santa Marta a solicitud de la interesada a los 10 días del mes de Enero de 2009.

Atentamente;

Angelica Ramirez Pardo
ANGELICA RAMIREZ PARDO
Administradora Regional

COOPSERPROCON. C.T.A.
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT ..832009698-1

CERT018-CN-12

EL SUSCRITO DIRECTOR ADMISTRATIVO DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOPSERPROCON CTA

HACE CONSTAR:

Que la señor(a) **AURA ROSA SALIA MIRANDA** identificado(a) con cédula de ciudadanía **Nº 36.669.215**, es asociado(a) activo de esta Cooperativa desde el 05 Junio del 2011.

Que en desarrollo del contrato de asociación de término indefinido suscrito con la cooperativa, se desempeña en frente de trabajo como **ENFERMERO (A).**

Que a él asociado(a) se le reconoce por compensación ordinaria mensual la suma de **OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE ($ 874.440)**, mas **SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE ($67,800**) por ayuda de movilización.

Que adicional a estos valores se le reconoce la suma **UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS DIECISIETE PESOS MCTE ($ 1.236.617)** por concepto de Beneficios sociales.

La relación de el asociado(a) está regida por las normas de derecho cooperativo, entre otros por la Ley 79 de 1988, el Decreto 4588 de Diciembre 27 de 2006.

La presente se expide a solicitud del interesado, a los **11** días del mes de **Mayo del 2012,** en la ciudad de Bogotá.

Atentamente,

ALBERTO ARANGO FERRER
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

ARMENIA Carrera 15 Calles 9 y 10 Tel. 7466262
BOGOTÁ Carrera 31A # 25a – 26 tel. 2690040
CHOCÓ Carrera 2 Calle 25 – 2 Edif. Banco Popular piso 2 Tel. 6725856
MANIZALES Carrera 23 # 25 – 61 Edif. Don Pedro Of. 403 Tels. 8807373 – 8848145 cooperamos@grupocooperamos.org
PEREIRA Carrera 6 # 18 -43 CC Plazuela Of. 403 Tel. 3354893 – Calle 20 # 5 – 70 Tel

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN
¡Por que no hoy?

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	AURA ROSA
Apellidos:	SALSA MIRANDA
Documento de identidad:	C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 36669215
Fecha de Nacimiento:	Día. 14 Mes. 04 Año. 1977

16

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:	Aura Rosa
Apellidos:	Salya Miranda
Documento de identidad:	C.C. ✓ T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
	No. 3669215
Fecha de nacimiento:	Día 14 Mes 04 Año 1977

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	Agosto 13-05	EV718	Yasmin
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4	161213	SERUM 024L1015C	Eloisa P
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2	161213	AHABB265AL	Eloisa P
	3	11.12.18	HEPAVAX 1434033.01	Glenis
	R1	05 10 19	HEPAVAX 1431033.01	Glenis

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	161213	STAMARIL J5374	Eloisa P.
Contra Influenza	1	161213	NOVARTIS 1307301	Eloisa P.
	2	111218	AGRIPPAL U1888A1B.	Glenis.
	UNICA	04-09-19	T3A93	Teresa T
Otras				
Neumococo			PNEUMOVAX R014134	Glenis

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	16/04/21	Pfizer	ET6924	Hutnb	Azucena Lorena	57170484
	2	11-5-21 6/5/21	Pfizer	EN0195	Hutnb	Erica Aguirre	64869701

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	03 12 2021	Pfizer	ff1966	prevenir 1-A	Nicolle Fajardo	1004363487
	2		3 dosis.				

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

AURA ROSA SALJA MIRANDA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

36669215

Fecha nacimiento / Date of birth

14/04/1977

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3152063800

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	-

Lote / Vaccine Batch

ET6924	EW0206	-

Vacuna / Vaccine

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	-

Centro vacunador / Administering Center

STA MARTA HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO…	STA MARTA HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO…	-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

16/03/2021	11/05/2021	-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	-

Sello digital / Digital Stamp

WDRL4QONPRYIKOPIBBNIX5PIPYRXCNBNQ3ICWFGATBP3Z65UJREA	2LTAVIAE465IKYRWCKCOHAAP2XSBSVD7MTQTVGUIPXWA52BHUGDQ	-

Fecha de emisión del documento / Document issued

03/12/2021	03/12/2021	-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

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 de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

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

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry 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 SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

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

View certificate in MiVacuna

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)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	**Segundo nombre**	**Primer apellido**	**Segundo apellido**
AURA	**ROSA**	**SALJA**	**MIRANDA**

Documento de identificación

C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número **36,669,215**

Lugar de Nacimiento

País **COLOMBIA** Departamento **MAGDALENA** Municipio **SANTA MARTA**

Lugar de domicilio

País **COLOMBIA** Departamento **MAGDALENA** Municipio **SANTA MARTA**

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/ Curadurías/ u otra donde trabaje.

ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE

Cargo o función que cumple

ENFERMERA JEFE

Lugar de sede

País **COLOMBIA** Departamento **MAGDALENA** Municipio **SANTA MARTA**

Dirección **CARRERA 14 No. 23 - 42**

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	2,600,000
Cesantías e intereses de cesantías	-
Gastos de representación	-
Arriendos	-
Honorarios	-
Otros ingresos y rentas	-
TOTAL	**2,600,000**

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
AHORRO	COLOMBIA	$ 2,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

CONCEPTO	SALDO

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) 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 DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente	SI		NO	X

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) 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

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA	
a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:	
NOMBRE	**VALOR DE LA DONACIÓN**

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS
a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo: **- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.** **- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2** **- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho**
DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **SALJA MIRANDA AURA ROSA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **36669215** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**01/09/2020**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 17 de julio del 2022. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

• NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
• No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
• Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
• Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AURA ROSA SALJA MIRANDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36669215,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2016** 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 16 de julio de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Blanca Nubia Ramirez Aldana
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.

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 AURA ROSA SALJA MIRANDA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 36669215, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/04/2022 y fecha fin de contrato 31/07/2022 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): 202201017258123.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Julio de 2022.

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 16/07/2022 9:44:57 p. m.
ISCDC: 16/07/2022 9:44:57 p. m.

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos																Sexo			
AURA ROSA SALJA MIRANDA																M		F	X
Tipo de Documento										Número				Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		36,669,215				SANTA MARTA		19/05/1995			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X									X	4			X		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
14	4	77	SANTA MARTA			CALLE 14 No. 26 - 52 AVENIDA LIBERTADOR					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
aurarosalja@hotmail.com											315 206 3800			605 440 0012	
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	9	2	
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIIU							
PROFESIONAL EN ENFERMERIA								ENFERMERA JEFE							

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
ESE HOSPITAL UNIV. JULIO MENDEZ B.	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA JEFE
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 NO. 23 - 42	SANTA MARTA	ALCAZARES	605 436 5007
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2600000				Total Egresos mensules	2200000				
Otros Ingresos Mensules	0				Otros Egresos Mensuales	0				
Total Activos	0				Total Pasivos	0				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	7	Año	2022	Es declarante?	SI		NO	X	

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

SOY SERVIDORA PUBLICA, SIN MANEJO DE RECURSOS NI GRADO DE PODER

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

PROFESION

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: _____ 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 derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



Aura R. Salja M.

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