

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.044.906.529

FARIAS ARIAS

APELLIDOS

RITIÑA ISABEL

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1985
ARJONA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 AB+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-FEB-2004 ARJONA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-2100100-00949763-F-1044906529-20171026 0058273873A 1 4444675825

Powered by CamScanner

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,** Ritha Farias Arias, Identificado con Cédula No. 1.044.906.529. y Profesión Aux de Enfermería. **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://sijl.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 Ciruglas.*		
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: _____

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1044906529**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1044906529	FARIAS	ARIAS	RITIÃ'A	ISABEL	2022-07-18, 9:34 pm

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche
VIGILADO Supersalud

SANTA MARTA MAGDALENA 12/12/2022

DOCTOR

JOSE RAFAEL DOMINGUEZ

GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

PROPUESTA DE SERVICIO

COORDIAL SALUDO

A solicitud de su respectiva institución yo **RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS** identificado con documento de identidad **1.044.906.529** de ARJONA, le solicito a usted me permita ingresar como auxiliar camillero del área de cirugía espero reunir las condiciones necesarias por tal cargo dentro la empresa.

Atentamente

CC 1044906529

Powered by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 211220718

WEB
08:47:01

Bogotá DC, 12 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) RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1044906529:

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.

Powered by CamScanner

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 lunes 12 de diciembre de 2022, a las 08:45:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1044906529
Código de Verificación	1044906529221212084521

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

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:16:38 AM horas del 12/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1044906529**

Apellidos y Nombres: **FARIAS ARIAS RITIÑA ISABEL**

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

Powered by CamScanner

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 12/12/2022 03:39:48 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1044906529 .**

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. **48365914 .** 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

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14811323015

(415)7707212489984(8020) 000001481132301 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 4 9 0 6 5 2 9	4	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 iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1044906529	2004,02,05

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bolivar 1 3	Arjona 0 5 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FARIAS	ARIAS	RITIÑA	ISABEL

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: MZ 5 CA 163 BRR VILLA MERCEDES

42. Correo electrónico: rityyjore@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 8 8 4 3 9 9 5	3 2 4 6 3 8 5 8 4 3

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 1 7 0 7 1 9						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

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 2022 - 02 - 08 / 11 : 54: 37

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 FARIAS ARIAS RITIÑA ISABEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 12-12-2022 05:36:52PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

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
Farias	Arias	Kitina Isabel.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.044.906.329.	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 06 MES 12 AÑO 1985

PAÍS colombia.

DEPTO Bolivar.

MUNICIPIO Arjona

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

42 05 casa 163 Villa Mercedz.

PAÍS colombia. DEPTO Magdalena.

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO _____ EMAIL ritayjore09mail

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	X	MES 12 AÑO 2002

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
TC	4	X		Auxiliar de Enfermeria	04	2015	

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

Powered by CamScanner

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 Julio Mendez Barreneche	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4346262.	DÍA 04 MES 08 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Centro de salud Bastidas	X		@domb'a.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 25 MES 09 AÑO 2016	DÍA 25 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Centro de Salud San Jorge	x		@domb'a.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 06 MES 02 AÑO 2017	DÍA 06 MES 04 AÑO 2017.

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Independiente		X	@domb'a.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 03 MES 10 AÑO 2016	DÍA 03 MES 01 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

Powered by CamScanner

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	2016-2022	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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 Santa Marta - 18/07/22

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

Powered by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa

"Domingo Tarrá Guardo"

Arjona - Bolívar

Reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento según Resolución No. 379 del 7 de diciembre de 2001 y Decreto No. 468 del 9 de agosto de 2002 emanada de la Gobernación de Bolívar,

Confiere a

Kitiña Isabel Farias Arias

Identificado(a) con ..... No. ..... Expedida en .....

El Título de

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - de la Institución.

Rector,

Secretaria,

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 ... Folio No. 07 ... Diploma No. 48 ...

Dado en Arjona, a 13 ... de Diciembre ... del año 2002

AZUERO EDITORES

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA -SS-
"ASMEMAG"

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0508 y Registro de Programa según Resolución No. 407, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0048 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN

AUXILIAR EN ENFERMERÍA A:

Ritiña Isabel Farias Arias

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 1044906529

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1716 horas.

Dado en Santa Marta el 1 día del mes de Abril del año 2016.

DIRECTOR **SECRETARIA GENERAL**

Anotado en el folio No. 27 Registro 17 del Libro de Actas 0003

F-CAO-416 V.3

Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 47 0833
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,044,906,529, expedida en Arjona, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL, otorgado por **LA CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA "SS" ASMEMAG,** con Acta de Certificación Individual No. 025 del 01 de Abril de 2016.

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,044,906,529, expedida en Arjona, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta D.T.C.H. en fecha: 20 ABR 2016

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó y Revisó: Piedad De La Hoz Orozco.

0825

El Magdalena que Queremos
Secretariadesalud@magdalena.gov.co
Calle 23 No. 13 A 02
Teléfono: 57 54 319542

Powered by CamScanner

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... 1

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

Ingresar | Regist

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 *	Número de Identificación *	Primer Nombre *	Primer Apellido *
Cedula de Ciudadania	1044906529	RITIÑA	FARIAS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5919

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-07-19→1:03:44 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1044906529	RITIÑA	ISABEL	FARIAS	ARIAS	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 e constató que el (la) señor(a) RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS identificado(a) con CC 1044906529 registra La siguiente información:

2022-07-19→1:03:44 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA	2016-04-20	833	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALL MAGDALENA

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 puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encc 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, tarjet matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Powered by CamScanner

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999 y con registro de programa según resolución No. 0859 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Teniendo en cuenta que.

RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 1.044.906.529

Aprobó los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:

Reanimación cardiopulmonar RCP Basico, Avanzado

Con una intensidad total de 16 horas

Dado en Santa Marta, a los 19 días del mes de Octubre del 2022.

Director

Coordinador

Powered by CamScanner

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999 y con registro de programa según resolución No. 0859 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Teniendo en cuenta que

RITIÑA ISABEL FARIA ARIAS

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 1.044.906.529

Aprobó los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:

Violencia Sexual

Con una intensidad total de 30 horas, virtuales.

Dado en Santa Marta, a los 17 Días del mes de octubre del 2022.

Director

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD "Un Nuevo Concepto en Educación"

Coordinador

Powered by CamScanner

CON EL AUSPICIO DE :

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

RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS
C.C. 1044906529

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el dia 09 de Enero de 2021, 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 REMOVACIÓN CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Enero de 2023

CEL. +1 647 8063272

Powered by CamScanner

CON EL AUSPICIO DE :

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

RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS

C.C. 1044906529

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO Y ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 09 de Enero de 2021, con una intensidad académica de 9 horas.

Temario: Manejo y Administración Segura de Medicamentos.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

FECHA SUGERIDA RENOVACIÓN CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Enero de 2023

CEL +1 647 [illegible]

Powered by CamScanner

CON EL AUSPICIO DE :

PNHM CIA LTDA

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

RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS
C.C. 1044906529

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 09 de Enero de 2021, 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 RENOVACIÓN CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Enero de 2023

CEL +1 647 8069272

Powered by CamScanner

!DOCTYPE html PUBLIC "-//W3C//DTD XHTML 1.0 Transitional//EN" "http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd">

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso



Fecha: 03/Mar/2020, **Hora:** 11:02:28 a.m.
Apellido: Farias Arias **Nombre:** Ritiña Isabel
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1004906529
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Lugar:
Direccion: Cra 19b No 26b-84 Narajo
Telefono: **Celular:** 3188843995 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 73 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 26.8 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Comparta **ARL:** Colmena **AFP:** Colpensiones

HC: # 54362
Edad: 34 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 06/Dic/1985
Rh: AB+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Dieta
Ejercicio Regular
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Realizar Pausa Activas

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Ritiña Isabel Farias Arias
CC 1004906529

Huella Digital

Powered by CamScanner

REFERENCIA LABORAL

HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Tiempo laborado: 6 años

Jefe Inmediato: Tomás Diaz Granados

PUESTO DE SALUD BASTIDAS

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Tiempo laborado: 3 meses

ASISTENCIA DOMICILIARIA

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Tiempo laborado: 4 meses

Jefe inmediato: Claudia Aita

Teléfono: 3152567135

CENTRO DE SALUD SAN JORGE

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Tiempo laborado 2 meses

Jefe inmediato: Inés Osorio

RITIÑA ISABEL FARÍAS ARIAS
CC.: 1044906529 ARJONA BOLÍVAR

Powered by CamScanner

REFERENCIA LABORAL

HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE
Cargo: Auxiliar de Enfermería
Tiempo laborado: 6 años
Jefe Inmediato: Tomás Diaz Granados

PUESTO DE SALUD BASTIDAS
Cargo: Auxiliar de Enfermería
Tiempo laborado: 3 meses

ASISTENCIA DOMICILIARIA
Cargo: Auxiliar de Enfermería
Tiempo laborado: 4 meses
Jefe inmediato: Claudia Aita
Teléfono: 3152567135

CENTRO DE SALUD SAN JORGE
Cargo: Auxiliar de Enfermería
Tiempo laborado 2 meses
Jefe inmediato: Inés Osorio

RITIÑA ISABEL FARÍAS ARIAS
CC.: 1044906529 ARJONA BOLÍVAR

Powered by CamScanner

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Ritiñs Isebol.

Apellidos: Fañas Arias.

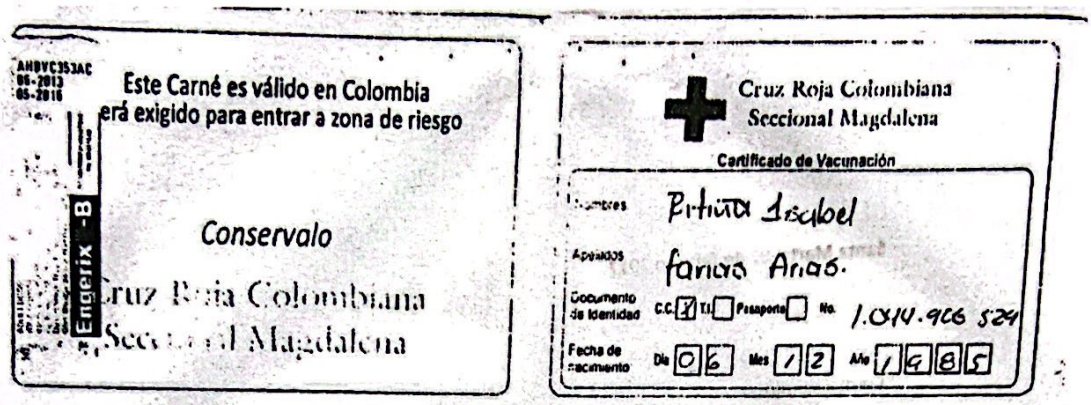
Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1044906529.

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 12 Año 1985

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	16/07/2014	Serum	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Única	16/07/2014	KJ030	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner



AHBVC353AC
05-2013
05-2016

Este Carné es válido en Colombia
erá exigido para entrar a zona de riesgo

Engerix -B

Conservalo

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Certificado de Vacunación

Nombres: Pirlinda Isabel

Apellidos: Fonseca Arias.

Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 1.014.906 524

Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 12 Año 1985

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampion Rubéola Papera	1			
Toxoide Tétano Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	25-1-14	AHBVC353AC	
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Fiebre Amarila				
Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

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

Consérvelo

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 | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Ritiña

Apellidos: Farias Arias.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1044906529

Fecha de nacimiento: Día 6 Mes 12 Año 1985

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20-5-2020	450022.0006	Guy Rudon
Otras				

Powered by CamScanner

El servicio público es de todos | Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
RITIÑA	ISABEL	FARIAS	ARIAS

Documento de identificación

C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1044906529

Lugar de Nacimiento

País COLOMBIA Departamento BOLIVAR Municipio ARJONA

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.

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Cargo o función que cumple

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Lugar de sede

País COLOMBIA Departamento MAGDALENA Municipio SANTA MARTA

Dirección CARRERA 14# 23-42 LOS ARCAZAREZ

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	1.500.000
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	**1.500.000**

Powered by CamScanner

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	$ 10.000

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

Powered by CamScanner

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	
Hijo(a)	JORGE	CAMILO	LOPEZ	FARIAS	1,066,878,957
Madre	MAYDA	MARIA	ARIAS	VASQUEZ	33,155,961

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

[RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [día] del mes de [mes] de [año]



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: ___RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS _____

Documento de Identidad: ____1044906529 _____

El futuro es de todos
DNP Departamento Nacional de Planeación
Colombia Compra Eficiente
Tel. (+57 1)7956600 • Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 17 • Bogotá - Colombia
www.colombiacompra.gov.co

Powered by CamScanner

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-1044906529
Nombres:	RITIÑA ISABEL
Apellidos:	FARIAS ARIAS
No. de Carnet:	FA8D8C6073777266AD2795F376C08514
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2021-08-10
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoria:	B

VIGILADO Supersalud

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el lunes, 12 de diciembre de 2022, a solicitud del interesado y es válida hasta el jueves, 12 de enero de 2023

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Powered by CamScanner

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 **RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1044906529,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2017** 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 12 de diciembre de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

Powered by CamScanner

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 RITINA ISABEL FARIAS ARIAS, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1044906529, 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): 202201022200123.

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de Diciembre de 2022.

Cordialmente

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

MS_4_1_3_FR15 v_04

Powered by CamScanner

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
santa marta	cra 14 #23-42	01/04/2022

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos. RITIÑA ISABEL FARIAS ARIAS

Sexo: M | F | x

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP	1044906529	ARJONA	05/02/2004

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	Familia	Rural	Urbano
x							x		2		x			x

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
8	12	1985	Arjona /bolivar	MZ5 casa 163 villa mercedes	santa marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
rityiore@hotmail.com	3246385843	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
actividades de apoto terapéutico	prestacion de servicio como auxiliar de enfermería

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
Ritña farias Arias	C.C.	x		P.P		1044906529

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo	
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	Intrumetadora

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
cra 14 #23-42	santa marta	alcázares	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	x

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

1500000	0	Total Egresos mensules.	1.500.000
Otros Ingresos Mensules.		Otros Egresos Mensuales.	0
1.500.000		Total Pasivos.	1.500.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes. 07 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? 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: DE MI TRABAJO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

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: como auxiliar de enfermería _____ 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 o a quién 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 he 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.

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):

Powered by CamScanner