Resultado General -2023-02-08→1:56:23 PM -2023-02-08→2:05:18 PM -2023-02-08→2:05:59 PM -2023-02-08→2:08:01 PM -2023-02-08→2:08:59 PM -2023-02-08→2:09:51 PM -2023-02-08→2:10:19 PM -2023-02-08→2:11:52 PM -2023-02-08→2:14:09 PM -2023-02-08→2:15:40 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36538986	ALBA		ANGARITA	PATIÑO	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) ALBA ANGARITA PATIÑO identificado(a) con CC 36538986 registra La siguiente información:

2023-02-08→2:15:40 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1995-09-19	1539	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL 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 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).

Powered by CamScanner

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225267-2018

CERTIFICA QUE:

ALBA ANGARITA PATIÑO

C.C. N° 36538986

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ALBA ANGARITA PATIÑO

Con Cedula de Ciudadania No. 36538986

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO.

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Marta. a los doce (12) dias del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
Subdirector (E)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

80137752 - 12/12/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9529002453978CC36538986C.

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

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 10/Dic/2020, **Hora:** 07:37:30 a.m.
Apellido: Angarita Patiño **Nombre:** Alba
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36538986
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Lugar:
Direccion: Cra 14a No 15-11 Cundi
Telefono: **Celular:** 3135697940 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 50 Kg **Estatura:** 153 Cm **IMC:** 21.3 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Colmena **AFP:** Proteccion

HC: # 62031
Edad: 61 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 19/Abr/1959
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Control Eps
Continuar Manejo Medico
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Realizar Pausa Activas
Uso De Tapabocas Permanente

.
Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

Observaciones

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

Alba Angarita Patiño
CC 36538986

Huella Digital

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL
DASD
NIT.800182159-4

Santa Marta, Noviembre 27 de 2000

LA JEFA DE PERSONAL DEL
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL

HACE CONSTAR :

Que la señora ALBA ANGARITA PATIÑO, identificada con cédula de ciudadanía número 36.538.986 expedida en Santa Marta, laboró en esta institución desde el dia 30 de Febrero de 1990 hasta el 12 de Septiembre de 2000, en el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA, desempeñandose eficientemente en sus labores y obteniendo buena conducta con sus compañeros y superiores.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado.

JULIANA LOPEZ JURADO

Tels: 4215016 – 4233007 – 4230818 Fax: 4215091 e-mail: dasd@caribenet.net.co
Calle 26 #1 – 45 B. El Prado – Santa Marta, Magdalena

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
E. S. E. HOSPITAL CENTRAL "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
SECCION DE TALENTO HUMANO
NIT. 800103471-0

Santa Marta, Noviembre 24 del 2000

EL JEFE DE SECCION DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR QUE:

La Señora ALBA ANGARITA PATIÑO, identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.538.986 de Santa Marta, laboro en el Hospital San Juan de Dios del 01 de Diciembre de 1982 al 23 de Agosto de 1989, en el cargo de PROMOTORA DE SALUD RURAL.

La presente se expide a solicitud del interesado.

PSI. GUILLERMO CEBALLOS OSPINO

Milena H.

"FELIZ NAVIDAD Y PROSPERO AÑO NUEVO 2001, PARA USTED Y LOS SUYOS, LES DESEA DE TODO CORAZON LA FAMILIA DE TALENTO HUMANO"

Powered by CamScanner

CERTIFICACION

YO, **Javier Orlando Sánchez Pérez** Mayor de edad, vecino de la ciudad de santa marta identificado Con el número de cedula No. 12.544.993 expedida en santa marta certifico que la señora **ALBA ANGARITA PATIÑO** quien se identifica con el número de cedula de ciudadanía No. 36.538.986 de santa marta me prestó sus servicios en los siguientes periodos:

1. 09-01-1990 hasta el 31-12-1997
2. 01-09-2006 hasta el 30-01-2008
3. 19-04-2009 hasta el 30-09-2014

Expido esta certificación a solicitud de la interesada el día 27-02-2015

JAVIER ORLANDO SANCHEZ PEREZ

C.C. 12.544.993 DE SANTA MARTA

R.M 450 554

Powered by CamScanner

NOMBRE DEL VACUNADO Alba Angarita Patiño

INSTITUCION D.A.S.P. - Salud Ocupacional

FECHA NACIMIENTO día _____ mes _____ año _____

REGIMEN Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Vinculado ☐

ENTIDAD _____

BIOLOGICO		VACUNA día	VACUNA mes	VACUNA año	CITA día	CITA mes	CITA año	NOMBRE VACUNADOR
BCG								
ANTIPOLIO	1							
	2							
	3							
	R1							
	R2							
DPT	1							
	2							
	3							
	R1							
	R2							
HEPATITIS	1	17	03	98	17	04	98	Patricia Ponce
	2	17	04	98	17	07	98	Patricia Ponce
	3							
T.D.	1							
	2							
	R1							
	R2							
	R3							
INFLUENZA	1							
	2							
	3							
TRIPLE VIRAL								
F. AMARILLA		5	06	01				Eloisa
MENINGITIS								

CONSERVE ESTE CERTIFICADO, REPRESENTA SALUD PARA TU HIJO

Certificado de Vacunación

Institución: Calamar

Nombre: Alba Angarita Patiño

Identificación: 36538986 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hep(B)	1	30-03-2015	Ufx1002	Hirlandys

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
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Ley y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA — MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Alba
Apellidos: Angarita Patiño
Documento de Identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 36538986
Fecha de Nacimiento: Día 19 Mes 04 Año 1959

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.

Ley y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Unidad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Alba
Apellidos: Angarita Patiño
Documento de Identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36538986
Fecha de Nacimiento: Día 19 Mes 04 Año 1959

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	16-12-19	[illegible]	
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U	1/4/13	Biomanguinhos Fiocruz 161 DF CO2B2	
Contra Influenza				
Otras				

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Alba

Apellidos: angarita patiño.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro ¿cuál?

No. 36538986

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 04 Año 1959

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29-03-2021	Astrazeneca.	CTMAV519	HUJMB.	Jessica Rodriguez	1004775363
	2	29-06-2021	Astrazeneca.	NH0302	HUJMB.	Yeris Correa	57170491.

Powered by CamScanner

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-02-08 17:53

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALBA		ANGARITA	PATIÑO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36538986

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 UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA
Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]				
Cargo o función que cumple	TÉCNICO AREA SALUD				

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

Powered by CamScanner

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.800.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Powered by CamScanner

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MANUEL	JOSE	MESA	GOMEZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 2999503

Powered by CamScanner

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Powered by CamScanner

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Powered by CamScanner

Salud Total EPS

Bogotá, Febrero 8 de 2023

Señora:
ANGARITA PATIÑO ALBA
CC. 36538986
CR 14A 15 11 CUNDI - 8888
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 26 de 2009. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ANGARITA PATIÑO ALBA	36538986	C	Oct-26-2009	307	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

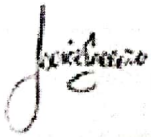
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALBA ANGARITA PATINO	36538986	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ALBA ANGARITA PATINO	36538986	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
CENTRO DE CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA SANCHEZ	36538986	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCI	36538986	Pensionado	VIGENTE
SOCIEDAD ANONIMA DE CIRUJANOS PLASTICOS	36538986	Dependiente	CERRADO
SOCIEDAD ANONIMA DE CIRUJANOS PLASTICOS	36538986	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.921

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALBA ANGARITA PATIÑO** identificado(a) con **CC** número **36.538.986**, es pensionado(a) por **VEJEZ** en nuestro FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN S.A., desde el día **20 de diciembre de 2022**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de febrero de 2023

Cordialmente,

Verónica Castañeda Estrada
Área de nómina y pagos
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202302101015

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ALBA ANGARITA PATIÑO** con **CC** No. **36538986**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2023 **Fecha fin de Contrato:** 28/02/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012293438.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FINC4F
VERSION: 002
FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: AIDA ANGARITA PATIÑO

Sexo: M [ ] F [X]

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. [X] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ]	36.538.986	SANTA MARTA	22-12-1977

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		7	X				X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
19 04 1959	STA MARTA	CRA 14-A #15-11 CUNDI	SANTA MARTA	M.DALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Albangasitap@hotmail.com	3135697940	

Ocupación (Seleccione)

Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado	Actividad Principal CIIU
		X			8 6 9 2

Detalle Actividad Económica: APOYO TERAPEUTICO

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
HUSMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual? AUXILIAR ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14-#23-42	SANTA MARTA	ALCAZERES	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI [ ] NO [ ]

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules			
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales			
Total Activos			Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año	Es declarante?	SI [ ]	NO [ ]	

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

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? N/A

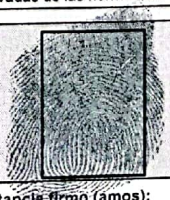
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

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



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

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**, Alba Angarita Patiño, Identificado con Cédula No. 36.538.986 y Profesión Auxiliar 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: Alba Angarita P.

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

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.538.986

ANGARITA PATIÑO

APELLIDOS

ALBA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1959

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

22-DIC-1977 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00125713-F-0036538986-20081107 0005447633A 1 4440012872

Powered by CamScanner

SIH

Pantalla Principal

Persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **36538986**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36538986	ANGARITA	PATIÃ'O	ALBA	0	2022-07-29, 4:41 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Powered by CamScanner

Santa Marta, Febrero 13 del 2023

Doctor
José Rafael Domínguez Ayala
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo:

Muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentarle mí propuesta como AUXILIAR DE ENFERMERIA, función que desempeñaré a cabalidad cumpliendo con todas las funciones que sean asignadas pertinentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta.

Atenta

ALBA ANGARITA PATIÑO

C.C 36.538.986

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0 1] Inscripción

4. Número de formulario: 14332908634

(415)7707212489984(8020) 000001433290863 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 3 8 9 8 6	8	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 5 3 8 9 8 6	1 9 7 7 1 2 2 2

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
ANGARITA	PATIÑO	ALBA	

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: CR 14 A 15 11 BRR CUNDI

42. Correo electrónico: albangaritap@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 5 6 9 7 9 4 0	

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 5 0 4 0 8					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha: 2015 - 04 - 08

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: VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON
985. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 13-12-2021 09:19:46AM

COPIA NO VÁLIDA SIN FIRMA
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
Angarita	Patiño	Alba.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 36 538 986	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	Colombiana

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 19 MES 04 AÑO 1959

PAÍS Colombia

DEPTO Magdalena.

MUNICIPIO Santa Marta.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kr 01 14A #15-11. Cundy.

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena.

MUNICIPIO Santa Marta.

TELÉFONO 313 569 7940 EMAIL _____

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 Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 02 AÑO 1985

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		Tecnico Aux Ejecutiva	07	1994	2651

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
HUJMB	✓		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGdalena	Santa Marta.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4 36 50 07	DÍA 01 MES 01 AÑO 2023	DÍA 28 MES 02 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Enfermeria	Central esterilizacion	Kra 14 #23-42 Alcazares

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HUJMB	✓		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGdalena	Santa Marta.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4 36 50 07.	DÍA 01 MES 08 AÑO 2022	DÍA 31 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Enfermeria	Central esterilizacion	Kra. 14 # 23-42 Alcazares

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HUJMB	✓		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4 36 50 07.	DÍA 01 MES 04 AÑO 2022	DÍA 31 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar enfermeria	Central esterilizacion	Kra 14 #23-42 Alcazares.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HUJMB	✓		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGdalena	Santa Marta.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4 36 50 07	DÍA 01 MES 01 AÑO 2022	DÍA 31 MES 03 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar Enfermeria	Central esterilizacion	Kra 14 #23-42 Alcazares

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	14	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	20	9

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 08-Febrero/23

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

República de Colombia · Ministerio de Educación Nacional

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

EL LICEO CELEDON

Aprobado por Resolución No. 1480 de 20 de Noviembre de 1941.

teniendo en cuenta que

Alba Angarita Patiño.

Identificada con C.C. No. 36.538.986 de Sta Mta

El título de

BACHILLER ACADEMICO

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

Rector

Secretaria

Dada en SANTA MARTA a 30 de NOVIEMBRE de 19 84

Anotada al folio 06-120 libro de registro No. 78

Reg. 06-1245 Feb. 4/85

Secretaria de Educación

SANTA MARTA - FEBRERO 11 de 19 85

2

REPUBLICA DE COLOMBIA

Secretaría de Educación del Magdalena

El suscrito Jefe de Registro de Diplomas de la Secretaría de Educación del Magdalena

C E R T I F I C A

Que en el libro 78 Folio 86-120 aparece registrado el título

BACHILLER

bajo el N° 86-1245 de fecha 11 de Febrero de 1.985

Otorgado por EL LICEO CELEDON

en el año de 1.984 correspondiente a ALBA ANGARITA PATIÑO

Con Cédula No. 36.530.906

Santa Marta, 20 de Septiembre 20 de 1.995

ALICIA ARIZA BARROS
Jefe de Registro de Diplomas
CC#.2665017 de Sta Marta

Verificado por:

Oficinista

República de Colombia
Departamento del Magdalena

Escuela de Auxiliares de Enfermeria "Gabriel Angulo" de Santa Marta

Secretaria de Salud del Magdalena

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
MAGDALENA
Reconócese el Título para todos los efectos legales.
Santa Marta 19-IX-95
Resolución No. 5823
Q.F.
SUPERVISOR
CONTROL

Certificado

Concedido a:

Alba Angarita Satiño

C.C. No. 36538.986 de Santa Marta

Por haber cursado y aprobado el programa de Estudios Teórico Prácticos establecidos por el Ministerio de Salud, que lo capacitan para ejercer como "Auxiliar de Enfermería"

Aprobado por Resolución Número 2182 de Agosto 9 de 1988

Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1949

Director

Secretaria de Salud del Magdalena

Escuela de Auxiliares de Enfermería
"Gabriel Angulo" Santa Marta
Secretaria de la Escuela

Santa Marta, JULIO 12 1.994

Powered by CamScanner

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA " GABRIEL ANGULO "

SANTA MARTA

ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de Santa Marta a los 1° días del mes de Julio del año 1.994 se reunieron, con el fin de formalizar la certificación de los alumnos del curso de AUXILIARES DE ENFERMERIA CON METODOLOGIA A DISTANCIA, los suscritos Director y Secretaria de la Escuela de Auxiliares de Enfermería "Gabriel Angulo". Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA CON METODOLOGIA A DISTANCIA, según Resolución N°.2182 de Agosto 9 de 1.968. Decreto N° 816 de Diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA CON METODOLOGIA A DISTANCIA al alumno cuyo nombre, apellidos y número de documento se relacionan a continuación ALBA ANGARITA PATIÑO

C.C. # 36.538.986 de Santa Marta . Es fiel copia de su original, fecha Julio 1° 1.994 que consta de 50 alumnos que comienzan con el nombre de : AURORA ALVARADO PANTOJA y cierra con el nombre de : NELSY BEDITH VIZCAINO OROZCO firmado y sellado por ALFREDO J. CORVACHO G. (Director) y MARIA TERESA MONTALVO (Secretaria).

Dada en Santa Marta, a los 1° días del mes de Julio de 1.994

Firmado y sellado

ALFREDO J. CORVACHO GRECCO
Director.-

MARIA TERESA MONTALVO
Secretaria Docente

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 1536 DE 1995

Por la cual se concede una Inscripción y Registro

EL DIRECTOR DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente de las con feridas en el Decreto, Leyes 056 de 1.975, 121 de 1.976 y la Reso lución 02085 de Febrero de 1.989 y ,

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

Que ALBA ANGARITA PATIÑO, identificada con la cédula de ciudadanía No. 36'538.986 expedida en Santa Marta - Magdalena, ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFER MERIA, que le otorgó la Escuela Auxiliar de Enfermería GABRIEL ANGULO de Santa Marta, en fecha 1 de Julio de 1.994.

R E S U E L V E :

ARTICULO UNICO .- Registrese e Inscríbase en la Oficina de Con - trol de Medicamentos del Servicio Seccional de Salud del Magdale na, a ALBA ANGARITA PATIÑO, para poder ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE :

Dada en Santa Marta, a los 19 SEP 1995

Original Firmado Por:
Manuel Vives Pérez
DIRECTOR
Servicio Seccional de Salud del Mag.

MANUEL FRANCISCO VIVES PEREZ
Director Servicio Seccional
de Salud del Magdalena.

Servicio Seccional de Salud del Magdalena
Control Medicamentos, Alimentos y Tecnología
JEFE DE SECCION

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos

o/c/m/ Rosa A.

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Secretaría de Salud Departamental

Registro Nº 265



ALBA
NGARITA PATIÑO
[illegible]538.986
SANTA MARTA
TITULO: AUXILIAR DE ENFER
MERIA

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

Powered by CamScanner