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

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS, Identificado con Cédula No. 1082895613 y Profesión AUX ENFERMERIA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

**FIRMA:** Candida Vargas Vargas

| | 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 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 **1.082.895.613**



**VARGAS VARGAS**
APELLIDOS

**CANDIDA ROSA**
NOMBRES

Candida Vargas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAR-1989**
**SANTA MARTA**
**(MAGDALENA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**17-MAY-2007 SANTA MARTA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-51161461-F-1082895613-20070906 **04483**07249N 02 243280472

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

# Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082895613**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1082895613 | VARGAS | VARGAS | CANDIDA | ROSA | 2022-07-16, 12:28 am |

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 1082895613 | VARGAS | VARGAS | CANDIDA | ROSA | 2022-12-12, 8:14 pm |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

Powered by CamScanner

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche E.S.E.

**CERTIFICA:**

Que una vez revisada la Hoja de Vida de la señora **CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1082895613 de SANTA MARTA (MAGDALENA), cuenta con la idoneidad y experiencia requerida para ejecutar el siguiente objeto contractual **PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.**

La anterior certificación se expide en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de Julio de 2015,

Se deja constancia además de haber recibido una (1) oferta

Dado en Santa Marta, el primer (01) día del mes de marzo de 2023.

Atentamente,

SUPERVISOR

**AURA STELLA DAZA PEÑA**
Profesional Especializado
Unidad Funcional de Enfermería
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14632426919

(415)7707212489984(8020) 000001463242691 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 8 2 8 9 5 6 1 3 | 6. DV 4

12. Dirección seccional Impuestas y Aduanas de Santa Marta 1 9

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACIÓN

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

| 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 |
|---|---|---|---|
| VARGAS | VARGAS | CANDIDA | ROSA |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: MZ I CA 9 BRR SANTA LUCIA

42. Correo electrónico: candidavargas1@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 0 1 5 1 1 9 6 4 3

45. Teléfono 2: 4 3 0 1 2 3 1

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | |
|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 4 0 8 0 6 | | | 1 | 2 |

### Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 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 [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2019 - 06 - 21

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

584. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

585. Cargo

Fecha generación documento PDF 07-12-2020 08:20:34AM

COPIA NO CONTROLADO
DOCUMENTO SIN VALIDEZ

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* |
|---|---|---|
| Vargas | Vargas | Candida Rosa |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1082895613

*SEXO* F (X) M ( )

*NACIONALIDAD* COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* Colombia

*LIBRETA MILITAR*

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 30 MES 03 AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Manzanni Casa 9 Santalucia

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO 3017048373 EMAIL Vargascandida4@gmail

## 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* 06/12/2006 |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. X | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 X | MES 12 AÑO 2006 |

***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* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN* | | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | *SI* | *NO* | | *MES* | *AÑO* | |
| TC | 3 | ✓ | | Auxiliar de Enfermeria | 12 | 2008 | 7967 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |



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 Universitario Julio Mendez Barreneche | ✓ | | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Magdalena | Santa Marta | www.hujmb.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4346262 | DÍA 02 MES 08 AÑO 2022 | DÍA 31 MES 12 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermeria | Uci neonatal | Kra 14 # 23-42. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche | ✓ | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Magdalena | Santa Marta | www.hujmb.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4346262 | DÍA 01 MES 04 AÑO 2022 | DÍA 31 MES 07 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermeria | Uci neonatal | Kra 14 # 23.42 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche | ✓ | | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Magdalena | Santa Marta | www.hujmb.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4346262 | DÍA 01 MES 01 AÑO 2022 | DÍA 31 MES 03 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | Uci neonatal | Kra 14 # 23-42 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche | ✓ | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Magdalena | Santa Marta | www.hujmb.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4346262 | DÍA 01 MES 10 AÑO 2021 | DÍA 31 MES 12 AÑO 2021 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | Uci neonatal | Kra 14 # 23-42 |

**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 | 12. | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 14. | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) 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 UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Santa Marta 9 de febrero 2023.

Candida Vargas Vargas.

*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 Distrital

# " Laura Vicuña "

Santa Marta - Magdalena

Aprobada por la Secretaría de Educación del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta según Resolución No. 882 del 28 de noviembre de 2002,

Confiere a

**Cándida Rosa Vargas Vargas**

Identificado(a) con T. I. No. 890330-54895 Expedida en Santa Marta

El Título de

## Bachiller Académico

### Con Profundización en Ciencias

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.

Reyes Caballero
Rectora

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. 002 Folio No. 45 Diploma No. 161

Dado en Santa Marta, a 6 de Diciembre del año 2006

Powered by CamScanner

# La Institución Educativa Distrital
# "Laura Vicuña"

**Del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, Magdalena**

*Aprobado por la Secretaria de Educación Distrital según Resolución No. 882 del 28 de Noviembre de 2002*

*Reg. DANE No. 147001-00307 código ICFES JM No. 01049-6 código ICFES JT No. 07723-9*

## ACTA DE GRADO

*En la ciudad de Santa Marta a los seis días del mes de Diciembre del año dos mil seis (2006), se reunieron las suscritas Rectora y Secretaria Académica de la Institución Educativa Distrital Laura Vicuña de Santa Marta con el único fin de formalizar la graduación de las alumnas de último Grado de Educación Media que alcanzaron los logros previstos para otorgar el título de Bachiller Académico con Profundización en Ciencias, según Resolución No. 882 del 28 de Noviembre de 2002, emanada de la Secretaría de Educación Distrital.*

*Comprobada la situación Legal y Académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico con Profundización en Ciencias a la graduanda cuyo número de Orden, Nombres, Apellidos y Número de documento de Identidad se relacionan a continuación*

## 161 CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS

**Identificada con Documento de Identidad T.I. No.. 89033054895 de Santa Marta Magdalena**

*Es fiel copia tomada del Acta original No. 048 del libro No. 002 del folio No. 45 de Diciembre 6 del año 2006 que consta de (170) estudiantes graduandas, y comienza con el nombre de ADRIANA CAROLINA ACOSTA OLIVEROS y termina con el nombre de PAULA MARIA ZUBIRIA QUINTERO.*

*En constancia se firma la presente en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981, dada en Santa Marta a los 6 días del mes de Diciembre del año 2006*

Reyes Ceballos Diaz
Rectora

Aracelis De La Rosa Rudas
Secretaria

Powered by CamScanner

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional
La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

# CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital según resolución
No. 411 del 6 de Septiembre de 2000 y 1217 del 25 de Junio de 2007
y Acuerdos, expedidos por el Comité Ejecutivo Nacional para el
Desarrollo de Recursos Humanos en Salud No. 38 y 40 de 2000

En Atención a que

## CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS

Identificado (a) con C.C./T.I. 1.082.895.613 Expedida en Santa Marta (Magd.)

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación de instituciones de formación para el trabajo y desarrollo humano, conforme a la norma reglamentada por el decreto 114 de 1.996 artículo 13.

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional con Conocimientos Académicos como Técnico en:

# Auxiliar de Enfermería

## Intensidad Horaria 1800 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta.
El Día 27 del mes de Diciembre del año 20 08 Acta de Grado No. 3204

Ana María García Boyano
Directora

Jairo García López
Coordinador Académico

Powered by CamScanner

# CETECOS

## CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

### ACTA DE CERTIFICADOS No. 3204

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 2:00 p.m. del día 27 de Diciembre de 2008, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional y conocimientos académicos como Técnico en:

# Auxiliar de Enfermería

A:

## CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS

**D.I.: 1.082.895.613, Expedido en: Santa Marta (Magd.)**

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico.

DIRECTOR ACADEMICO
ANA MARIA GARCIA BOYANO

COORDINADOR ACADEMICO
JAIRO GARCIA LOPEZ

Powered by CamScanner

**GOBERNACION DEL MAGDALENA**
**SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD**
**DESARROLLO DE SERVICIOS**

**RESOLUCIÓN No. 47** 7967
Por la cual se registra un título
**EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL**
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

**CONSIDERANDO:**

Que **CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS,** identificado con cédula de ciudadanía N°. 1.082.895.613, expedida en Santa Marta, ha solicitado el registro de su Titulo de técnico en **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA "CETECOS" con acta No. 3204de fecha 27 de Diciembre de 2008.

Que estudiada la Documentación presentada por el (la) solicitante esta cumple con los Requisitos establecidos en las Normas Legales vigentes; Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Autorizar a **CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS,** identificado (a) con CC N°. 1.082.895.613, expedida en Santa Marta, para ejercer la profesión de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo para laborar en el Departamento.

**ARTICULO SEGUNDO:** para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 29 ENE. 2009

**CESAR ROVIRA AVENDAÑO**
**Secretario de Salud Del Magdalena**

**Proyectado por: Angélica Restrepo Garceranth.**

MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

Powered by CamScanner

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-12-12→8:57:48 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1082895613 | CANDIDA | ROSA | VARGAS | VARGAS | 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) CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS identificado(a) con CC 1082895613 registra La siguiente información:

2022-12-12→8:57:48 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 | 2009-01-29 | 7967 | 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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Cándida Rosa Vargas Vargas*

## *c.c. 1082895613 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-03
Fecha de vencimiento: 2024-12-03

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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***

## CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS

*Con Cedula de Ciudadania No. 1082895613*

*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

**80138000 - 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 9529002453986CC1082895613C.

Powered by CamScanner

SENA

REGIONAL MAGDALENA

**EL CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA**

# CERTIFICA

Que CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1082895613 de Santa Marta, realizó y aprobó el curso de SOPORTE VITAL BASICO. con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide 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

***SENA: Una Organización con Conocimiento***

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 9529002453986CC1082895613E.

Powered by CamScanner

# GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

**CERTIFICA QUE:**

*CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS.*

*C.C. 1,082,895,613*

**ASISTIO AL CURSO TALLER:**

# "DIPLOMADO UCI PEDIATRICO Y NEONATAL"

## "APOYO VITAL DEL PACIENTE PEDIATRICO Y NEONATAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 06 DE SEPTIEMBRE DE 2020
DURACIÓN 120 HORAS.
TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, ABORDAJE DEL NIÑO CRITICO, URGENCIAS PEDIATRICAS, MANEJO DE LA VIA AEREA, NEONATOLOGIA I, NEONATOLOGIA II.
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

**DR. JUAN PABLO SALGADO.**
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

**KAREN LOBO NARVAEZ.**
DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
LINEA NACIONAL: 310 7451759

**DRA. ANA CATALINA HERRERA D.**
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GC

FECHA DE RENOVACION SEPTIEMBRE 2022

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El.
LINEA GRATIS NACIONAL 01800094227
LINEA NACIONAL 3107451759

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Escaneado con CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Cándida Rosa Vargas Vargas*

## *c.c. 1082895613 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-01
Fecha de vencimiento: 2024-12-01

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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:** 09/Dic/2020, **Hora:** 02:24:29 p.m.
**Apellido:** Vargas Vargas **Nombre:** Candida Rosa
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1082895613
**Empresa:** Particular
**Cargo:** Auxiliar De Enfermeria
**Lugar:**
**Direccion:** Manzana I Casa 9 Santa Lucia
**Telefono:** **Celular:** 3017048373 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Peso:** 80 Kg **Estatura:** 168 Cm **IMC:** 28.3 **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Sin Definir
**EPS:** Sanitas **ARL:** Colmena **AFP:** Colfondos

**HC:** # 62001
**Edad:** 31 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 30/Mar/1989
**Rh:** O+

### Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

### Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

### Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
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

Candida Rosa Vargas Vargas
CC 1082895613

Huella Digital

Powered by CamScanner

**LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2**

**CERTIFICA**

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora **CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS,** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.082.895.613** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **1047** de fecha 05 de septiembre de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de septiembre al 31 de diciembre de 2014, por un valor de CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($5.200.000).
2. No. **058** de fecha 07 de enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de enero al 31 de marzo de 2015, por un valor de TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($3.900.000).
3. No. **761** de fecha 01 de abril de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2015, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
4. No. **1794** de fecha 01 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de octubre de 2015, por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS ($5.400.000).
5. No. **2552** de fecha 17 de Noviembre de 2015 con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2015, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
6. No. **230** de fecha 05 de Enero de 2016 con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de Enero al 31 de Enero de 2016, por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.350.000).
7. No. **686** de fecha 02 de Febrero de 2016 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Febrero al 31 de Marzo de 2016, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
8. No. **1777** de fecha 01 de Abril de 2016 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2016, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
9. No. **2179** de fecha 01 de Julio de 2016 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de Agosto de 2016, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
10. No. **3032** de fecha 01 de Septiembre de 2016 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Septiembre al 31 de Octubre de 2016, por un valor de DOS

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

11. No. **3976** de fecha 02 de Noviembre de 2016 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2016, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
12. No. **459** de fecha 03 de Enero de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Enero al 31 de Marzo de 2017, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
13. No. **710** de fecha 01 de Abril de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2017, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
14. No. **895** de fecha 04 de Julio de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Julio al 31 de Agosto de 2017, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
15. No. **2098** de fecha 04 de Septiembre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 04 al 30 de Septiembre de 2017, por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.350.000).
16. No. **2707** de fecha 06 de Octubre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de Octubre al 30 de Noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
17. **ADICION Y PROROGA** No. 01 del 29 de noviembre de 2017, de la orden de prestación de servicio **No. 2707** del 01 al 31 de diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (1.350.000).
18. No. **717** de fecha 16 de Enero de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 16 de Enero al 30 de Junio de 2018, por un valor de OCHO MILLONES CIEN MIL PESOS ($8.100.000).
19. No. **1157** de fecha 03 de Julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Julio al 30 de septiembre de 2018, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
20. No. **2362** de fecha 01 de Octubre de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre o al 31 de Diciembre de 2018, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
21. No. **282** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Junio de 2019, por un valor de OCHO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS ($8.586.000).
22. No. **1574** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTE CUATRO MIL PESOS. ($5.724.000).
23. No. **2166** de fecha 01 de Noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($2.862.000).
24. No. **518** de fecha 02 de Enero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril 2020, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS ($5.724.000).
25. No. **1376** de fecha 01 de mayo de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de mayo al 30 junio 2020, por un valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($2.862.000).
26. Mediante acta de suspensión a la orden de prestación de servicios **No. 1376** del

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

27. Mediante acta de reinicio a la orden de prestación de servicios **No. 1376** del 01 de mayo de 2020, en su clausura primera acuerdan **Reiniciar** el plazo de ejecución de la orden de prestación de servicios, a partir del 17 de junio de 2020, hasta el tiempo faltante por ejecución, según lo suscrito actualmente.
28. No. **2459** de fecha 28 de julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 28 de julio al 30 de Septiembre 2020, por un valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($3.200.000).
29. No. **2763** de fecha 01 de Octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
30. No. **280** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
31. No. **1475** de fecha 01 de Abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
32. No. **2219** de fecha 01 de julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
33. No. **3409** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).

VIGILADO Supersalud

**OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los dieciocho (18) días del mes de noviembre de 2021.

**ANA MARIA CORDOBA LEAL**
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

**ELABORÓ:** RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 4-10-17 | D2299 | Araceli |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 04/10/17 | 0FX16004 | Hilarys |
| | 2 | 05/11/17 | VVX08005 | |
| | 3 | 06/12/17 | VV08003 | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | U | 15102017 | M5623 | Araceli |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Candida Rosa

Apellidos: Vargas Vargas

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1082895613

Fecha de Nacimiento: Día 30 Mes 03 Año 1989

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: INGRESO

Fecha de publicación: 2022-12-13 08:12

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| CANDIDA | ROSA | VARGAS | VARGAS |

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 1082895613

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: CONTRATISTA

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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



Powered by CamScanner

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $18.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $500,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $18.000.500,00 |

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 |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | Colombia | $0,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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



Powered by CamScanner

| 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 [ ] No [X]

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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



Powered by CamScanner

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



Powered by CamScanner

## 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

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1082895613 |
| NOMBRES | CANDIDA ROSA |
| APELLIDOS | VARGAS VARGAS |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | MAGDALENA |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA |

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/10/2020 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 02/11/2023 12:58:33 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Colfondos
del grupo HABITAT

# COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

## CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS identificado(a) con C.C No. 1.082.895.613, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 10 de febrero del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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 **CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS** con **CC** No. **1082895613**, 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<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 28/02/2023<br>**Clase de Riesgo:** 3<br>**Cargo :** AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA<br>**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): 202301012326754.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 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**<br>**VERSION: 002**<br>**FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021** |

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|
| CANDIDA ROSA VARGAS VARGAS | M | | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | | PP | | 1082895613 | SANTA MARTA | 17/MAYO/2007 |

| 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 | amilia | Rural | Urbano |
| X | | | | | | | X | | 2 | | x | | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 03 | 1989 | SANTA MARTA | URB SANTA LUCIA | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| vargascandida42@gmail.com | 3017048373 | 3017048373 |

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

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HUJMB | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | AUX ENFERMERIA |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| Kra 24 # 23-42 | SANTA MARTA | ALCAZARAS | 4365007 |

| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | |
|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Total Ingresos Mensuales** | **1.800.000** | | **Total Egresos mensules** | **1,800.000** | | | | |
| **Otros Ingresos Mensules** | | | **Otros Egresos Mensuales** | | | | | |
| **Total Activos** | | | **Total Pasivos** | | | | | |
| **Mes y año de corte de la información financiera sumin** | **Mes 12** | **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?** |
| **Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?** |
| **Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:** |

Powered by CamScanner

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos a cumplir anualmente

Candida Vargas Vargas.



## 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