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

Nelly María Navarro Santiago

CC 36542776 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decre 1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-06-21
Fecha de vencimiento: 2025-06-21

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Escaneado con Car

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC16F VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO, Identificado con Cédula No. 36542776 y Profesión ENFERMERA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Nelly Navarro S.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
4	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php	X	
5	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
6	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	X	
7	Propuesta de Servicios	X	
8	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
10	RUT - Registro Único Tributario	X	
11	Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II)	X	
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	X	
13	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**).	X	
14	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	X	
16	Tarjeta Profesional	X	
17	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	X	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
26	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
27	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
29	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
30	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**	X	
31	Soporte de experiencia laboral.	X	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
36	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx	X	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.542.776

NAVARRO SANTIAGO

APELLIDOS

NELLY MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1958

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-JUN-1979 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-2100100-00135121-F-0036542776-20081209 0007772745A 1 9922942351

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36542776**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36542776	NAVARRO	SANTIAGO	NELLY	MARIA	2022-03-05, 2:17 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO identificado con C.C./C.E./P.P No. 36542776 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 06 del mes de Junio de 2023.

Firma 

Nombre NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO

Cédula 36542776

COPIA CONTROLADA

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	ENFERMERA
Título	Sra.
Nombre	NELLY MARIA
Apellidos	NAVARRO SANTIAGO
Fecha de Nacimiento	23/01/1958 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	36542776
Dirección	CARRERA 21 # 25 - 17
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	nellynasanti@hotmail.es
Teléfono	

Santa Marta 6 de junio 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
L. C.

Cordial saludo,

A solicitud de su respetada institución, yo **NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO**, identificada con la C.C. 36542776 le solicito a usted me permita ingresar como **ENFERMERA**, cumpliendo las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,

Nelly Navarro S.

NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO
C.C. 36.542.776 DE SANTA MARTA MAGDALENA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14676004866

(415)7707212489984(8020) 000001467600486 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 4 2 7 7 6	3	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 4 2 7 7 6	1 9 8 0 1 1 1 9

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NAVARRO	DE MEDRANO	NELLY	MARIA

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 21 A 25 17 URB ALTOS DE SANTA RITA

42. Correo electrónico: nellynasanti@hotmail.es

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 2 1 2 0 3						2 3 1 1	

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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Obligados aduaneros										Exportadores				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 - 12 - 20

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 NAVARRO DE MEDRANO NELLY MARIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 13-12-2022 01:58:29PM

Powered by CamScanner

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
Navarro	Santiago	Nelly Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36542776

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: DIA 23 MES 01 AÑO 1958

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: PIVIJAY

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 21 A | 25 - 17 CASA ALTO DE SANTA RITA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: nellynasanti@hotmail.es

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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1979
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	06	1994	06864

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 23 42 alcazares						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA BENEDICTO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CUIDADOS INTENSIVOS					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N ° 23 - 42 LOS ALCAZARES						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 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	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	9

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 6 de junio de 2023

Nelly Navarro S.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO

NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO

C.C.No. 36.542.776. de Santa Marta

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

E N F E R M E R A

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

FIRMADO AL POLIT ____ DEL LIBRO ____

DE [illegible] de Agosto

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa ENFERMERIA *Código:* E-40-866-94

Otorgada a: NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO
C.C. No. 36.542.776 de Santa Marta

En Barranquilla a los 19 *días del mes de* agosto *de 1.99* 4 *el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras y Fonoaudiología en presencia de su cuerpo docente se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar grado Académico al alumno del programa de:* ENFERMERIA
Después de la toma del juramento el Señor Rector entregó el Diploma de:

ENFERMERA

Que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA COLOMBIA HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO: NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO
TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS

LE OTORGA EL TITULO DE:

ENFERMERA

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado siendo las 7:00 p.m. del día 19 de agosto de 1.994

Eduardo Acosta Bendek
Rector

Jesús Sáez de Ibarra
Vice-Rector

Director del Programa de
ENFERMERIA

El Notario Primero de Santa Marta DA FE que ésta fotocopia coincide con un documento idéntico que tuvo a la vista
SEP. 23 1994

Powered by CamScanner

Tribunal Nacional
Ético de Enfermería

CERTIFICADO ANTECEDENTES

Requisitos

Los requisitos para solicitar el certificado de los antecedentes éticos disciplinarios de los profesionales de Enfermería, son:

1. Escáner de la cédula de ciudadanía.
2. Escáner de la Tarjeta Profesional (Expedida por la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia- ANEC o por la Organización Colegial de Enfermería-OCE).

Se expedirá a solicitud del interesado.

La constancia será enviada a la dirección de correo electrónico de la cual se realizó la solicitud. Este certificado no tiene costo y se expedirá en 5 días hábiles siguientes a su solicitud.

Para los profesionales que requieren presentar el certificado con firma original, para apostillar o realizar trámites de visas especiales, el certificado será entregado en la sede del Tribunal.

NOTA: El certificado de antecedentes ético disciplinarios solo se expedirá a Profesionales en Enfermería y tiene vigencia de seis (6) meses.

Por favor tener en cuenta:

No solicitar un nuevo certificado antes de que se cumpla la vigencia del que le ha sido expedido.
Abstenerse de recurrir a otras entidades para su intermediación ante el TNEE para agilizar el procedimiento.

Solicitar al correo:

TRIENFERCERTIFICADO@OUTLOOK.COM

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

CONTACTENOS

Carrera 13 A No.106 A-28 Oficina 202 - Bogotá DC

Phone: (57+601)6 29 66 59

Mobile: 3103147663 / 3208140060

Email: trienfer@outlook.com

UBICACIÓN



ATAJOS

Inicio

Antecedentes

Convocatorias

Queja

© Copyright 2023 | TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA - CARLOS ANDRES PEREZ | ALL RIGHTS RESERVED

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **NELLY MARÍA NAVARRO SANTIAGO** identificada con la cédula de ciudadanía número 36.542.776, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los trece (13) días del mes de diciembre del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Powered by CamScanner

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCION No. 47 2311
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 36.542.776, expedida en Santa Marta, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** del ejercicio de su profesión según título de **ENFERMERA**, otorgado por LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA de Barranquilla, según Acta de Grado No. E-40-866-94, del día 19 de Agosto de 1.994 y Diploma Anotado al folio No. 84, del Libro 0/96.

Que **NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO** , cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el CENTRO DE REHABILITACIÓN Y DISGNOSTICO (HOSPITAL DEL TORAX) FERNANDO TROCONIS, durante el período comprendido entre el 22 de Agosto de 1.994 y el 22 de Agosto de 1.995, asignada en la plaza con número de Orden 4-E, radicada en el libro de Registros Profesionales N° 0983 del 03 de Enero de 1.994.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO** , identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 36.542.776, expedida en Santa Marta, para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en todo el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

ARTÍCULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó el Título o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría 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 02 MAY 2013

Zandra Castañeda Lopez
ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LOPEZ
Secretaria Seccional de Salud de Magdalena

Proyectado y Revisado por: Piedad De la Hoz Orozco – Profesional Universitario.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia

ANEC

TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE NELLY MARIA NAVARRO DE MEDRANO

C.C. 36.542.776 SANTA MARTA

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

RUN No. 06864
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 24/FEB/2003

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 24/FEB/2013

Powered by CamScanner

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

Ingresar | Registrarse | Ayuda

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	36542776	NELLY	NAVARRO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6398

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-06-06→4:08:28 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36542776	NELLY	MARIA	NAVARRO	SANTIAGO	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) NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO identificado(a) con CC 36542776 registra La siguiente información:

2023-06-06→4:08:28 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2003-02-24		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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).

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA

NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.542.776

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 10-12-2022
FECHA DE VENCIMIENTO: 10-12-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

ERIKA ROOTS
DOCENTE

Powered by CamScanner

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA

NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.542.776

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE

RCP AVANZADO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 70 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 22-11-2022
FECHA DE VENCIMIENTO: 22-11-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

ERIKA ROOTS
DOCENTE

Powered by CamScanner

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA

NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.542.776

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE

GESTIÓN DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 10-12-2022
FECHA DE VENCIMIENTO: 10-12-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

ERIKA ROOTS
DOCENTE

Powered by CamScanner

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 22/Dic/2021, **Hora:** 03:17:06 p.m.
Apellido: Navarro Santiago **Nombre:** Nelly Maria **HC:** # 68330
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36542776 **Edad:** 62 años
Empresa: Particular **Sexo:** Femenino
Cargo: Enfermera **Nacim:** 23/Ene/1959
Direccion: Cra 21a No 25-17 Altos De Santa Rita **Rh:** O+
Telefono: **Celular:** 3228497790 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 64 Kg **Estatura:** 168 Cm **IMC:** 22.6 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Realizar Pausa Activas
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad
.
Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

Observaciones

Nelly Navarro.

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

Nelly Maria Navarro Santiago
CC 36542776

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 **NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO**, identificada con la Cedula de Ciudadanía **No. 36.542.776** 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. **1362** 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 SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($6.600.000).
2. No. **2140** de fecha 01 de Octubre de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre de 2018 al 31 de Diciembre de 2018, por un valor de SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($6.600.000).
3. No. **221** de fecha 02 de Enero de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero de 2019 al 30 de Junio de 2019, por un valor de TRECE MILLONES NOVECIENTO NOVENTA Y DOS MIL PESOS ($13.992.000).
4. No. **1814** 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 TRECE MILLONES NOVECIENTO NOVENTA Y DOS MIL PESOS ($13.992.000).
5. No. **2247** 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 CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS ($4.664.000).
6. No. **591** de fecha 02 de Enero de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de NUEVE MILLONES TRESCIENTOS VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS ($9.328.000).
7. No. **1512** de fecha 01 de Mayo de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS ($4.664.000).
8. No. **2154** de fecha 01 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre de 2020, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
9. No. **3118** de fecha 01 de Octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2020, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
10. No. **259** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

11. No. **1240** 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 SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
12. No. **2635** 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 SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
13. No. **3515** 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 SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
14. No. **137** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2022, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
15. No. **1735** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($10.400.000).
16. No. **3380** de fecha 05 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de CATORCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($14.500.000)
17. No. **589** de fecha 01 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de CINCO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($5.800.000).
18. No. **1482** de fecha 01 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de OCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($8.700.000).

VIGILADO Supersalud

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO **ENFERMERA** PARA TODA LA POBLACION USUARIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los dieciséis (16) días del mes de mayo de 2023.

KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

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

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	17-10-19	0129M017	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	17-10-19	22150151 7B	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	17-09-19	WVX 120012	
	2	18-10-19	WVX 120012	
	3	20-11-19	VEX 141007	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		17-10-19	P3M81	
Contra Influenza		19-NOV-19	T3A93	
Virus de Papiloma Humano				
VARICELA		19-NOV-19	R032622	
HEPATITIS A		19-NOV-19	AHAVB787BA	
DPTAC		3-12-19	AC37B275AB	

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	2023-02-22 11:29

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NELLY	MARIA	NAVARRO	SANTIAGO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36542776

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$1.500.000,00

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:

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 [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro 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

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:

STAMARTA, Junio 6 de 2023

Señora:
NAVARRO SANTIAGO NELLY MARIA
CC. 36542776
CR 21A 25 17 ALTO DE SANTA -
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 Septiembre 4 de 2005. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
NAVARRO SANTIAGO NELLY MARIA	36542776	C	Sep-4-2005	451	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MONTERO NAVARRO JORGE EUSEBIO	1083025020	C	Sep-4-2005	451	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Jun-3-2022	Exclusión por pérdida de Calidad de Beneficiario	Ninguna
MONTERO NAVARRO KAROLAY EUSY	1083041003	C	Sep-4-2005	451	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
NAVARRO CESAR	3654277630	MS	Ago-1-2004	0	0	OTROS	NO VIGENTE	Sep-2-2005	Desafiliado por falta de pago	Ninguna
SANTIAGO ELENA	3654277640	MS	Ago-1-2004	0	0	OTROS	NO VIGENTE	Ago-1-2005	Exclusión o anulación de la afiliación	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
CLINICA BENEDICTO SA	36542776	Dependiente	CERRADO
COMPAÑIA COLOMBIANA DE SALUD COLSALUD S A	36542776	Dependiente	CERRADO
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	36542776	Dependiente	CERRADO
NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO	36542776	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
PUNTO EMPLEO SA	36542776	Dependiente	CERRADO
SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. VIDALFA S.A.	36542776	Pensionado	VIGENTE
CLINICA BENEDICTO SA	36542776	Dependiente	CERRADO
CLINICA BENEDICTO SA	36542776	Dependiente	CERRADO
CLINICA BENEDICTO SA	36542776	Dependiente	CERRADO
CLINICA BENEDICTO SA	36542776	Dependiente	CERRADO
UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA ANA SAS	36542776	Dependiente	CERRADO
UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA ANA SAS	36542776	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	36542776	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	36542776	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	36542776	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	36542776	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	36542776	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,

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

NELLY MARIA NAVARRO DE SANTIAGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.542.776**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 6 de Junio del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

HJMB
HOSPITAL UNIVERSITARIO

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO

Sexo			
M		F	

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP	36542776	SANTA MARTA	08/06/79

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	ENFERMERA					X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
23	1	80	SANTA MARTA	KRA 21A NUMERO 25-17	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
nellynasanti@hotmail.es	3228497790	

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado					

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
mi salario como enfermera	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
HOJM B	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
KARRERA 14 N 2342	SANTA MARTA	ALCACERES	

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

2600000			2950000				
350000			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X

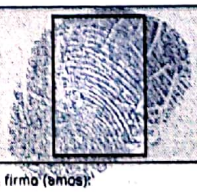
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

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



Nelly Navarro.S.

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