E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

Código: GH-F-[illegible]
VERSIÓN: 06
FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: [illegible]
PÁGINA: [illegible]

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Silvana Alvarado Osorio Identificado con Cédula No. 36723396 y Profesión Auxiliar de 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: Silvana Alvarado

	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	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sijl.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**		
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
7	Libreta Militar **(Hombres menores de 50 años)**		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA **(CONDUCTOR DE AMBULANCIA)**		X
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado **(Bachiller, Universitarios y Especializados)**	X	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual).**		X
13	Convalidación de Titulo **(Médicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - **(Personal Asistencial)**	X	
15	Tarjeta Profesional		X
16	RETHUS **(Personal Asistencial en general)**	X	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. **(Médicos y Especialistas)**		X
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 **(Personal Asistencial).**	X	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		X
25	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	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		X
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).	X	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
29	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	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	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://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 **(Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)**	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.723.396
ALVARADO OSORIO
APELLIDOS
SILVANA MARIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-JUL-1981
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-AGO-1999 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2100100-00444859-F-0036723396-20130630 0033774696A 2 4692237588

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36723396**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36723396	ALVARADO	OSORIO	SILVANA	MARIA	2022-07-16, 10:32 am

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	36723396	ALVARADO	OSORIO	SILVANA	MARIA	2023-02-08, 11:09 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) Sihana Alvarado Osorio identificado con ~~C.C.~~/C.E./P.P No. 36723396 expedida en Sta Mta., 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 08 del mes de septiembre de 2023.

Firma
Nombre Sihana Alvarado Osorio
Cédula 36723396

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	
Nombre	SILVANA MARIA
Apellidos	ALVARADO OSORIO
Fecha de Nacimiento	30/07/1981 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	36723396
Dirección	MZ 13 CS 33 NUEVO TEJARES DEL LIBERTADOR
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	silvana302608@gmail.com
Teléfono	
Celular	3165830881
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Santa Marta, 8 de septiembre del 2023

Doctor
GERMAN VARGAS MOSQUERA
Gerente (E)
ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Ciudad.
Santa Marta, Colombia

ASUNTO: Oferta de Servicios.

Yo **SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO** identificada con documento número **36.723.396** expedida en **SANTA MARTA (MAGDALENA)** presento mi propuesta y disposición como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, para prestar los servicios de proveer cuidados integrales básicos a los usuarios y desarrollar las actividades bajo supervisión de la enfermera del servicio cumpliendo las políticas institucionales y normas vigentes.

Por lo anterior me comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones específicas derivadas de la oferta y/o aquellas contenidas en los estudios de conveniencia y/o oportunidad de la contratación.

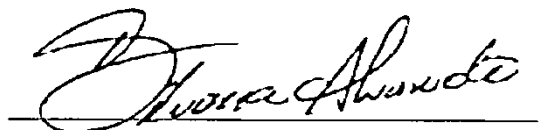
PLAZO: Me sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad, de acuerdo a la necesidad del servicio.

VALOR Y FORMA DE PAGO: Los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la entidad, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.

PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar copia de mi hoja de vida con sus respectivos soportes legales, necesarios para la contratación.

De antemano agradezco su atención prestada.

Cordialmente,



SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO
cc **36.723.396** de **SANTA MARTA (MAGDALENA)**
Tel. **3165830881**

Confirmación de Cita

Estimado (a) ALVARADO OSORIO SILVANA MARIA, la cita presencial se confirma con los siguientes datos:

Oficina: Santa Marta - Cra. 5 No. 17 - 04

Día: 13-09-2023

Hora: 08:10:00 a. m.

Servicio: Inscripción o Actualización RUT Persona Natural

Código: 0512023001017

Si no puede cumplir la cita, modifíquela o cancélela aquí.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14230297712

(415)7707212489984(8020) 000001423029771 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 6 7 2 3 3 9 6 – 5

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico: 1 9

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión iliquida

25. Tipo de documento: 2 Cédula de ciudadania

26. Número de Identificación: 1 3 3 6 7 2 3 3 9 6

27. Fecha expedicion: 1 9 9 9 0 8 1 8

Lugar de expedición

28. País: COLOMBIA

29. Departamento: 1 6 9 Magdalena

30. Ciudad/Municipio: 4 7 Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido: ALVARADO

32. Segundo apellido: OSORIO

33. Primer nombre: SILVANA

34. Otros nombres: MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País: COLOMBIA

39. Departamento: 1 6 9 Magdalena

40. Ciudad/Municipio: 4 7 Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: MZ 26 CA 1 URB EL PANDO

42. Correo electrónico

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 0 1 7 5 0 7 8 4 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 3 0 2 1 4						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 3 0 2 1 4

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.

Paragrafo 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: GRANADOS VARGAS FRANCISCO JESUS

985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 22-04-2019 09:11:11AM

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Aguirre	Cantillo	Stefani Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1235338701 | 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 29 MES 11 AÑO 1998

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CESAR

MUNICIPIO: VALLEDUPAR

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 15A - 15 60 San José Cundi

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3126101381 EMAIL: stefanicarolinaguirre@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2015
										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	12	2021	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	INTERNATIONAL UNIVERSITY OF SOUTH FLORIDA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	DIPLOMADO CUIDADO INTEGRAL DE HERIDAS CRONICAS	04	2023
VIRTUAL	EDUSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ACOMPANAMIENTO EN PROCESO DE DUELO CON ENFASIS EN TERAPIA EMOCIONAL	03	2022
VIRTUAL	EDUSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CLINICA DE HERIDAS	11	2021
VIRTUAL	EDUSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE CARDIOVASCULAR BASICO	11	2021
VIRTUAL	EDUSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO	11	2021

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	EDUSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD	11	2021
VIRTUAL	EDUSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO	11	2021
VIRTUAL	EDUSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	11	2021
VIRTUAL	EDUSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SEGURIDAD DEL PACIENTE	11	2021
VIRTUAL	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	FUNDAMENTOS DEL CUIDADO PALEATIVO	07	2021
VIRTUAL	EDUSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA EN EL MANEJO DE EMERGENCIAS	07	2021

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

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 3126101381	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	06	Mes	04	Año	2022	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD				DIRECCIÓN CARRERA 14 - 23 42 COMUNA 4 - SANTA MARTA						

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						

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

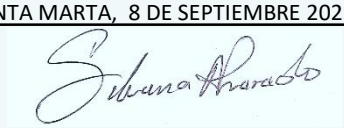
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	2

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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, 8 DE SEPTIEMBRE 2023



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

La República de Colombia
y en su nombre

Instituto Departamental Laura Vicuña

Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta

(Magdalena)

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 275
del 4 de Noviembre de 1.997

Confiere a:

Silvana Maria Alvarado Osorio

Identificado (a) con T.I. # 810730-51711 de Sta. Mta.

El Título de:

Bachiller Académico

Especialidad en Ciencias Naturales

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

Clara Suyapa
Rector (a)

INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA VICUÑA RECTORA SANTA MARTA

Yaris Kurie de Pizzo
Secretario (a)

DEPARTAMENTAL Secretaría SANTA MARTA

Expedido en Santa Marta, el 18 de Dic. de 1.998

Anotado al Folio No. 91 del Libro de Registro No. 1

Dado en Sta. Mta el 18 de Dic. de 1998

República de Colombia
Departamento del Magdalena

La Secretaría de Desarrollo de la Salud
y en su Nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena
"Cesmag" Gabriel Angulo

Creado mediante Decreto NO. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobado mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1968
Modificada mediante ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Teniendo en Cuenta Que:

SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO

Titular de la C.C. No. 36723.396 *Expedida en* Santa Marta (Magd.)

Culminó Satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todo los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el certificado de:

Aptitud Ocupacional Técnico En

Auxiliar de ENFERMERÍA

En Constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la Ciudad de Santa Marta

A los 21 días del mes de Diciembre de 2000

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No. 12-90 Santa Marta
Teléfono No. 4215776 FAX No. 4234520
NIT: No. 981-780-117-1
CESMAG @ COMPUNET. NET. CO.

ACTAS DE CERTIFICACION No. 104

En la ciudad de Santa Marta, a los 21 días del mes de diciembre del ano 2000 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los Alumnos del Curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la modalidad presencial, las suscritas Directora y la Secretaria Académica de el CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO", institución aprobada en el Nivel Vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional, para otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** según Resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA.** cuyo nombre, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación: **SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 36`723.396 expedida en Santa Marta, Magdalena.

Es fiel copia de su original, fechada en diciembre 21 del año 2000 y consta de 52 Alumnos se inicia con el nombre y apellidos de **ALVARADO OSORIO SILVANA MARIA** y termina con el nombre y apellidos de **VILLANUEVA BERMUDEZ ALBA ISIDORA.**

Firmado y sellado por la Dra. LUZ STELLA DURAN MANJARRES, Directora y MERCEDES OLANO RODRIGUEZ, Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta, a los 21 días del mes de diciembre del año 2000.

LUZ STELLA DURAN MANJARRES
Directora

MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Secretaria Académica

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Certifica que:

SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO

Con número de identificación

36723396

Participó como asistente en el I Simposio

Decisiones Difíciles en Urgencias

Realizado el 10 de junio 2022 en Bogotá, Colombia

Roosevelt Fajardo
Director Educación y Gestión del Conocimiento
Fundación Santa Fe de Bogotá

Susana Acevedo
Jefe de Educación Continuada
Fundación Santa Fe de Bogotá

Juan Pablo Vargas
Director ISMET
Fundación Santa Fe de Bogotá

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

CERTIFICA QUE

SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO

IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 36.723.396

Asistió al Curso de:

VACUNACIÓN CON ÉNFASIS EN COVID-19

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 21 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2021, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Andrés Fabián Monje
GERENTE

IMAVSS
IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD

Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

Avalon

INNOVATION FOR A HEALTHIER LIFE

Certifica que

Silvana maria alvarado osorio

Identificado con documento número

36723396

Participó de forma virtual en el evento

Acción del Quitosano en el proceso de curación de heridas de pie diabético

Realizado el 27 de agosto de 2021

Adriana González
Lider de Producto y Entrenamiento

Nayive Cantor
Directora Médica

Certificado No. ZKZWI8-CE000034

Made for free with Certify'em

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Certifica que:

SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO

Con número de identificación

36723396

Participó como asistente en el V simposio de

Heridas

Realizado en Bogotá, Colombia los días 26 y 27 de agosto de 2021

Roosevelt Fajardo
Director Educación y Gestión del Conocimiento
Fundación Santa Fe de Bogotá

Susana Acevedo
Jefe de Educación Continuada
Fundación Santa Fe de Bogotá

Sandra M. Cortes G.
Sandra Cortes
Directora de Enfermería
Fundación Santa Fe de Bogotá

Avalon
INNOVATION FOR A HEALTHIER LIFE

Certifica que

Silvana Maria Alvarado Osorio

Identificado con documento número

36723396

Participó de forma virtual en el evento

5 Experiencias en reactivación de heridas de difícil cicatrización - Reoxcare

Realizado el 3 de septiembre de 2021

Adriana González
Lider de Producto y Entrenamiento

Nayive Cantor
Directora Médica

Certificado No. Q0AMPC-CE000328

Made for free with Certify'em

Avalon
INNOVATION FOR A HEALTHIER LIFE

Certifica que

Silvana maria alvarado osorio

Identificado con documento número

36723396

Participó de forma virtual en el evento

Evidencia del estrés oxidativo en heridas de difícil cicatrización - Reoxcare

Realizado el 10 de septiembre de 2021

Adriana González
Lider de Producto y Entrenamiento

Nayive Cantor
Directora Médica

Certificado No. RZYPRG-CE000187

Made for free with Certify'em

Fundepiel Colombia

CERTIFICA

a

SILVANA MARÍA ALVARADO OSORIO

ASISTENTE

su asistencia PRESENCIAL al

MASTER CLASS

EN HERIDAS 2021

Fomentando el trabajo interdisciplinario

los días 26 y 27 de noviembre de 2021 en el Intercontinental, Cartagena de Indias

Ulises Múnera Bohórquez
Presidente Fundepiel Colombia

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO

Con Cedula de Ciudadania No. 36.723.396

Cursó y aprobó la acción de Formación

FORMATICA: MICROSOFT WORD, EXCEL E INTERNET

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los treinta (30) días del mes de octubre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
JAIRO ALFREDO TAMARIS CONTRERAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JAIRO ALFREDO TAMARIS CONTRERAS
SUBDIRECTOR
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA
REGIONAL MAGDALENA

13641686 - 30/10/2015
FECHA REGISTRO

cidad 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
i679CC36723396C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO

Con Cedula de Ciudadania No. 36723396

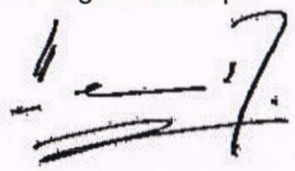
Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Riohacha. a los ocho (8) dias del mes de octubre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por



CARLOS EDUARDO ROBLES PALOMINO
SUBDIRECTOR
CENTRO INDUSTRIAL Y DE ENERGIAS ALTERNATIVAS
REGIONAL GUAJIRA

78893545 - 08/10/2021
FECHA REGISTRO

cidad 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 5049CC36723396C.

IUSF
INTERNATIONAL UNIVERSITY OF SOUTH FLORIDA

Certifica que

Silvana Maria Alvarado Osorio

C.C. 36723396

Cumplió con los requisitos del programa:

Diplomado Cuidado Integral de Heridas Crónicas

Duración: 120 horas de estudio

Expedido a los 17 días del mes de abril de 2023

Cesar Lozano, MD
Continuing Medical Education – IUSF

Fundepiel Colombia
Fundación Colombiana de Profesionales en el Cuidado de la Piel y las Heridas

Praxis Pharmaceutical

Asociación Colombiana de Cirugía Vascular y Angiología

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

RESOLUCION No 47- ± - 0058

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una Institución de Educación No Formal, en el área de la salud"

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de1994, emanados del Ministerio de Salud , y

CONSIDERANDO

1.- Que corresponde a las Direcciones Secciónales de Salud, en su área de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación no formal, para su debido ejercicio.

2. - Que **SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO** con cédula de ciudadanía No 36.723.396 de Santa Marta - Magdalena, ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado de TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, según acta de Certificación No. 104 de Diciembre 21 del 2000.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el certificado de TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado a **SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO** con cédula de ciudadanía No. 36.723.396 de Santa Marta - Magdalena, por EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO.
PARAGRAFO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a **Silvana María Alvarado Osorio** el contenido de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.000

17 ENE 2001

MARIO VELASQUEZ LINERO
Secretario de Desarrollo de la Salud

MARCELA PEÑALOZA LINERO
Profesional Universitario

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-07-19→8:33:02 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detall
CC	36723396	SILVANA	MARIA	ALVARADO	OSORIO	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) SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO identificado(a) con CC 36723396 registra La siguiente información:

2022-07-19→8:33:02 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	2001-01-17	470058	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalad por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

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

CERTIFICA QUE

SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO

IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 36.723.396

Asistió al Curso de:

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

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 23 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2021, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Andrés Fabián Monje
GERENTE

IMAVSS
IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD

Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

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

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACÍON S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

SILVANA MARÍA ALVARADO OSORIO

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 36723396

Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 12 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

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

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACÍON S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

SILVANA MARÍA ALVARADO OSORIO

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 36723396

Asistió al Curso de:

GESTION DEL DUELO (GD)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 12 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

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

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

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACÍON S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

SILVANA MARÍA ALVARADO OSORIO

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 36723396

Asistió al Curso de:

ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 16 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

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

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

Laboratorio Clinico
Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Daissy Martinez

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 06/07/2021

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR

Empresa en misión: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Nombre completo: SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO

Identificación: CC: 36723396



Responsable: El mismo paciente

Acompañante: Ninguno

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha nacimiento: 03/07/1981

Edad: 40

Genero: Femenino

Estado civil: Casado

Escolaridad: Técnica

Teléfono:

Dirección:

N° hijos: 1

ARL:

EPS:

AFP:

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

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

Recomendaciones especificas

Hàbitos de vida saludable: dieta balanceada y 30 minutos de ejercicio diario o 3 veces por semana

Seguir los protocolos de la empresa para evitar el contagio por la COVID -19

Uso obligatorio de Elementos de protecciòn personal adecuados para la labor.

MARIA ELVIRA AREVALO PAEZ
Profesión: Medico especialista en medicina del trabajo
Registro:

Maria E. Arevalo Paez
MEDICO ESP. EN SST
Res. 0751 del 27 de Marzo 2021

Aspirante o trabajador
SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO
Identificación: CC: 36723396

UT- S HASM

Servicio de Oxigenación Hiperbarica y Actividades Subacuaticas del Magdalena

CERTIFICA

Que la señora **SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO** identificada con cedula de ciudadanía **N°36.723.396** de Santa Marta, laboró en esta empresa como Auxiliar de Enfermería bajo los siguientes contratos:

- Contrato de prestación de servicios con fecha de inicio del 05 de abril del 2017 hasta el día 30 de Enero de 2019.
- Contrato a término indefinido con fecha de inicio del 1 de Febrero de 2019 hasta el 30 de Diciembre del mismo año.

Tiempo durante el cual demostró responsabilidad, honestidad y cumplimiento en todas sus labores encomendadas.

Para constancia se firma a solicitud de la interesada a los veinte días (20) días del mes de Enero de 2020.

JAIME A. RODRIGUEZ BERRIO
Director Cientifico

NIT 830.138.325-3

TALENTUM COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

CERTIFICA:

Que **SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO,** identificada con cedula de ciudadanía **No. 36.723.396,** labora en la cooperativa de Trabajo Asociado **TALENTUM**, con convenio de asociación a término indefinido, desde el día **23 DE MARZO DE 2010** en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** conforme a las necesidades de la Cooperativa, en la unidad de servicios de **SALUDTOTAL.**

EL TRABAJADOR ASOCIADO. Recibe mensualmente por los servicios prestados a la COOPERATIVA **un total de Compensación y Auxilios promedio por valor de SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL VEINTIOCHO PESOS M/L. ($644.028.oo)**

En constancia se expide a solicitud del interesado el 18 de Mayo de 2012

Sin otro particular,

TALENTUM
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT. 830.138.325 - 3
SANTA MARTA

ADIS AMAYA AVILA
Profesional Junior Gestión Humana

Presencia Inteligente Ltda
SERVICIOS TEMPORALES

Nit: 802.005.344-0

HACE CONSTAR

Que El (La) Señor(a)	SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO
Con Cédula de Ciudadanía Nº	36,723,396, expedida en SANTA MARTA.
Contrato de Trabajo:	Por el tiempo que dure la realización De la Obra o Labor Contratada.
Laboró desde:	03/03/2008 Hasta 02/03/2009
Desempeñando el cargo de:	Aux. de Enfermería. Como Trabajador(a) En Misión en CLINICA LA MILAGROSA.
Asignación Final Mensual de:	$ 613,873

La presente constancia se expide en Barranquilla a los 01 días del mes de Diciembre del año 2009

Atentamente,

CLARIZA GOMEZ PALENCIA
Coordinadora General de Personal

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

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 36723396 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 08/09/2023 04:29 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Cajamag

CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO

Calle 23 No. 7 78 Santa Marta D.T.C.H
PBX 4217900 ext 1075 - Call Center 4365058

VIGILADO SuperSubsidio

NOMBRES	Silvana Marco.
APELLIDOS	Alvarado Osorio
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CE CC No. 36723396
FECHA DE NACIMIENTO	aaaa 1981 mm 07 dd 30

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	25-06-21	UFX1900+	Mintaudipalmeras
	2			
	3			
Gardasil VPH	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis A	1			
	2			
Triple Viral				
Neumococo				
Varicela				
Zostavax				
Meningococo				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
COVID-19	1	04/10/2021	Janssen	2037 21A	Nueva EPS	BID	1065...
	2						

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	2023-02-08 11:07

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SILVANA	MARIA	ALVARADO	OSORIO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36723396

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	$1.000.000,00
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	$1.000.000,00

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
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:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

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, Septiembre 5 de 2023

Señora:
ALVARADO OSORIO SILVANA MARIA
CC. 36723396
MZ C C 4 A 4 SUR URB 4 CL 4 - 0
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 Enero 14 de 2021. 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
ALVARADO OSORIO SILVANA MARIA	36723396	C	Ene-14-2021	53	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
LATORRE ALVARADO LUCIANA	1084056708	R	May-12-2018	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	May-12-2018	Anulación por TDA negados	Ninguna
LATORRE ALVARADO PEDRO ALFONSO	1084062062	T	Ene-14-2021	53	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO	36723396	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO
SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO	36723396	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

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 S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.723.396**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHADE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Silvana Maria Alvarado Osorio

Sexo: M [ ] F [X]

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. [X] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ]	36723396	Santa Marta	18-08-1999

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		1			X		

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
30 09 1981	Sta Mta.	Mz 13 Casa 33 Nuevo Tejares	Sta Mta	Magda

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
Silvana302608@gmail.com	3165830881	—

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxiliar de Enfermeria	Auxiliar de Enfermeria

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
H. Universitario J.M.B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	Aux de Enfermeria

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Kra 14 # 23-42	Santa Marta	Alcazares	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.800.000	Total Egresos mensuales	1.800.000
Otros Ingresos Mensuales	0	Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	1.800.000	Total Pasivos	1.800.000
Mes y año de corte de la información financiera suministra	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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

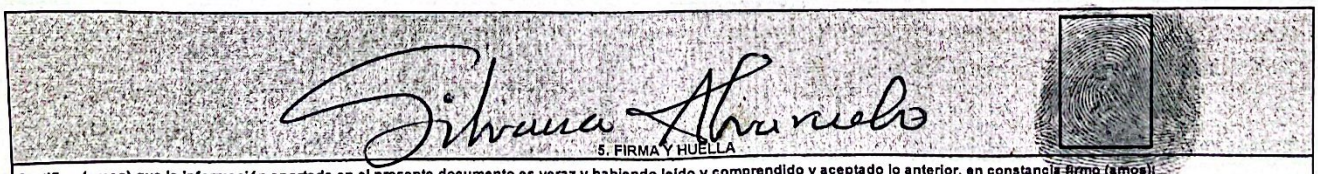
Sueldo devengado

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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



5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos).

Powered by CamScanner