HUMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CÓDIGO: VERSIÓN: FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: PÁGINA:

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Yomara J. Castillo Silva Identificado con Cédula No. 57428137 y Profesión Auxiliar de enfermería **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Yomara J. Castillo S

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://slll.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)		
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)		
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)		
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).		
13	Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
17	Poliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – NALS (Neonatologo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
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*.		
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*)		
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.*		
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***).		
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia). (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
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)		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en: https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.		
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)		
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)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)		
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.428.137**

CASTILLO SILVA

APELLIDOS

XIOMARA LIDUVINA

NOMBRES

Xiomara Castillo S.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-SEP-1967**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 **O+** **F**

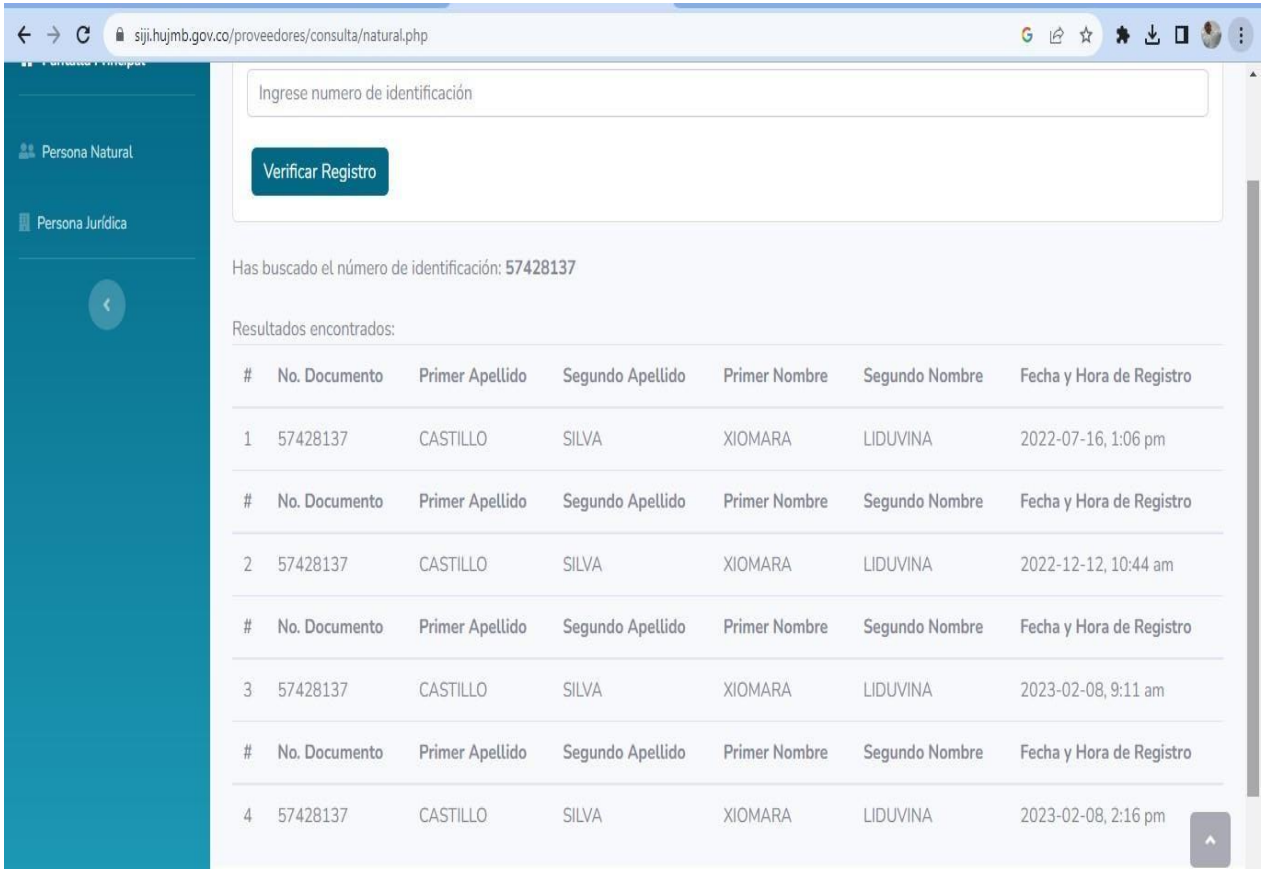
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-AGO-1988 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00062622-F-0057428137-20080902 0002874403A 2 4430006299


siji.hujmb.gov.co/proveedores/consulta/natural.php
Persona Natural
Persona Jurídica
Ingrese numero de identificación
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 57428137
Resultados encontrados:
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 57428137 CASTILLO SILVA XIOMARA LIDUVINA 2022-07-16, 1:06 pm
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
2 57428137 CASTILLO SILVA XIOMARA LIDUVINA 2022-12-12, 10:44 am
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
3 57428137 CASTILLO SILVA XIOMARA LIDUVINA 2023-02-08, 9:11 am
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
4 57428137 CASTILLO SILVA XIOMARA LIDUVINA 2023-02-08, 2:16 pm

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez BARRENECHE	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS	CODIGO: GC-FT VERSION: 03 FECHA DE ULTIMA REVISION: 07/09/2023 PAGINA 1 de 1

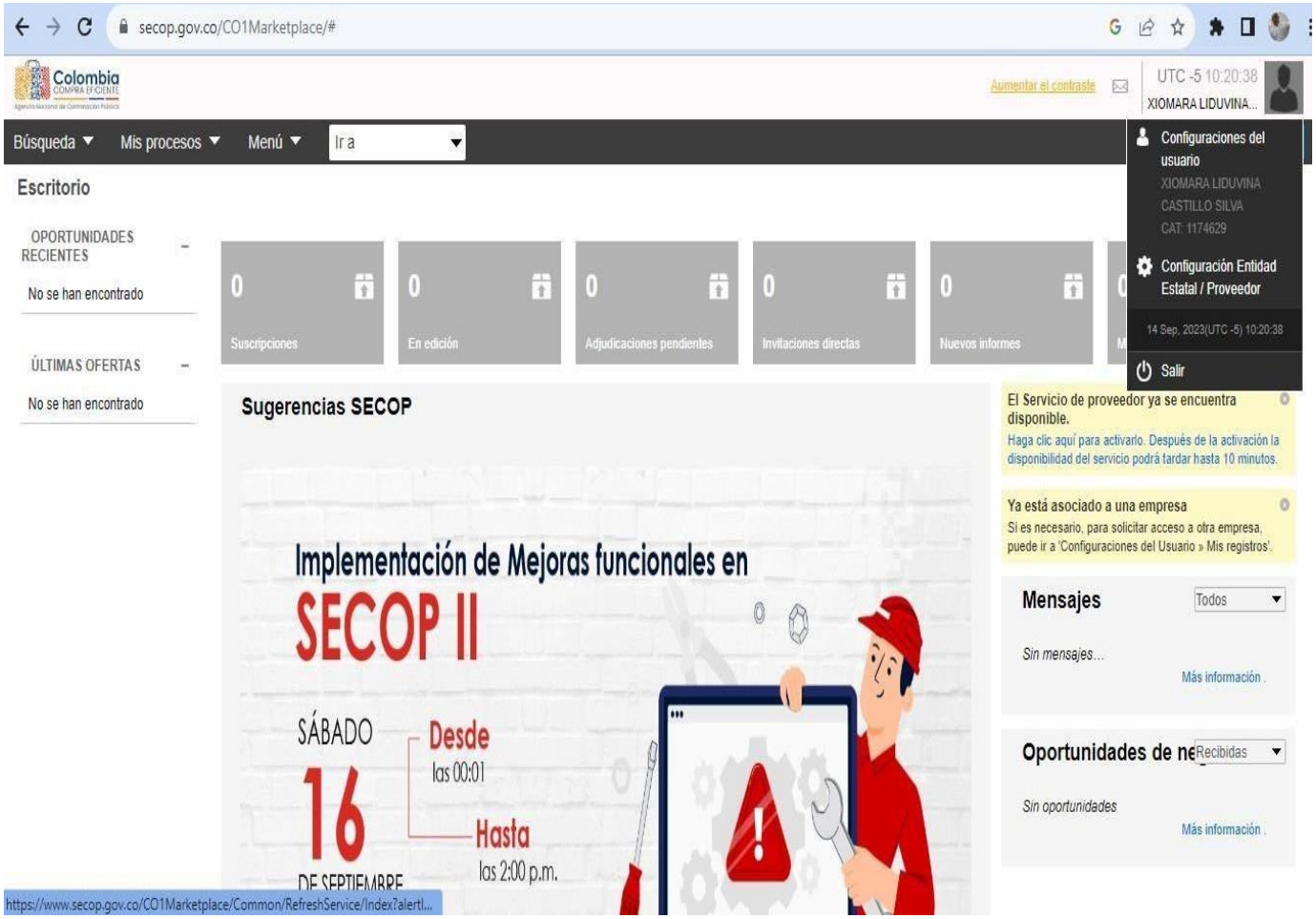
El (la) suscrito(a) Xiomara Saluvina Castillo Silva identificado con C.C./C.E./P.P No. _____ expedida en _____, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL 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.huimb.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 9 del mes de septiembre de 2023.

Firma
Nombre Xiomara S. Castillo Silva
Cédula 57428137

COPIA CONTROLADA


secop.gov.co/CO1Marketplace/#
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:20:38
XIOMARA LIDUVINA...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA
CAT. 1174629
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
14 Sep, 2023(UTC -5) 10:20:38
Salir
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
Sugerencias SECOP
Implementación de Mejoras funcionales en
SECOP II
SÁBADO
16
DE SEPTIEMBRE
Desde
las 00:01
Hasta
las 2:00 p.m.
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de ne
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Common/RefreshService/Index?alertI...

SANTA MARTA 12/SEPTIEMBRE/2023

Doctor

GERMAN GAVIRIA VARGAS

GERENTE

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Cordial saludo

A solicitud de su respetada institución **XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA** identificado con cedula de ciudadanía número **57.428.137 de Santa Marta Magdalena**, solicito a usted me permita ingresar como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el área de unidad de cuidados intensivos adultos, en el cual reúno los requisitos y experiencia para tal cargo dentro de la institución.

Atentamente:



XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA

CC: 57.428.137 de Santa Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14676293262

(415)7707212489984(8020) 000001467629326 2

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

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
CASTILLO	SILVA	XIOMARA	LIDUVINA

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 B CL 2 C 21 55 BRR SAN FERNANDO

42. Correo electrónico: ramirezshirley954@gmail.com

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

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 1 9 1 2 2 7						

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										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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2019 - 12 - 27

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: OROZCO ZARCO SUGEIDY ESTHER
985. Cargo: Facilitador III

Fecha generación documento PDF: 19-07-2022 08:41:52AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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
Castillo	Silva	Xiomara Liduvina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57428137 — 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 11 MES 09 AÑO 1967

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 21 - CALLE 2C N 21-55

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3002979432 EMAIL: xioma11.cast@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1988
										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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	CESMAG	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	AUXILAIR DE ENFERMERIA	09	1996

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 COMPLETO

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	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* - HUJMB BARRIO ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CARDIOVIDA SANTA MARTA SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	05	*Mes*	10	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX. DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE CLINICA Y SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 23 - HUJMB - BARRIO ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SALUCOOP EPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	11	*Año*	2006	*Día*	18	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN UCI	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA - DEL LIBERTADOR CON CALLE 23					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAR CARIBE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	05	*Año*	1990	*Día*	07	*Mes*	12	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE CLINICA Y SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 22 - CON CARRERA 19 ESQUINA					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	

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	3	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	25	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	28	8

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 18/06/2023

Xiomara Castillo Silva.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

Liceo Antonio Nariño

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
según Resolución Nº 17618 del 15 de Noviembre de 1988

Confiere A

XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA

Identificada con C.C. Nº 57.428.137 de Santa Marta

El título de

Bachiller Académico - Salud y Nutrición

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

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
LICEO ANTONIO NARIÑO
SANTA MARTA
Rectora

Secretario

Dado en Santa Marta a 07 de Diciembre de 1988

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
12620

Anotado al folio 767 libro de registro Nº 3 REG Nº 42094

Secretaría de Educación

República de Colombia
Secretaría de Educación
Santa Marta
Gobierno del Magdalena

SANTA MARTA: 10 ABRIL de 19 89

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(C E S M A G)
GABRIEL ANGULO

ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de Santa Marta, a los 13 días del mes de Septiembre del año 1.996 se reunieron, con el fín de formalizar la Certificación de los alumnos del curso de AUXILIAR DE ENFERMERIA, los suscritos Director y Secretaria del CENTRO DE EDUCACION 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 1968, Decreto No.816 de Diciembre 13 de 1949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA al alumno cuyo nombre y apellidos y número de documentos se relacionan a continuación : XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA

C.C. No. 57.428.137 de Santa Marta.

Es fiel copia de su original, fecha Septiembre 13 de 1.996 que consta de 37 alumnos que comienzan con el nombre de : SONIA AIDEE ANGARITA GUTIERREZ

y cierra con el nombre de : GERMAN JOSE VEGA CUELLO

firmado y sellado por HUGO DE JESUS PEREZ NAVARRO Director

y MARELBYS BALCAZAR VALDERRAMA Secretaria.

Dada en Santa Marta, a los 13 días del mes de Septiembre de 1996.

Firmado y sellado

REPUBLICA DE COLOMBIA DIRECTOR Centro de Educacion en Salud

HUGO DE J. PEREZ NAVARRO
Director

REPUBLICA DE COLOMBIA SECRETARIA Centro de Educacion en Salud

MARELBYS BALCAZAR VALDERRAMA
Secretaria

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
DEL MAGDALENA
Reconocimiento Título para todos los efectos Legales.
Santa Marta 17-I-1997
Resolución No. 0055
DIRECTOR

República de Colombia
Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena

y en su nombre

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

Certifica que:

Xiomara Liduvina Castillo Silva

Titular de la C.C. Nº. 57.428.137 expedida en Santa Marta

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de Salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

Auxiliar de Enfermería

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1.949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1.968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1.992

Director de CESMAG

Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Secretaria Académica

Acta de Grado

Inscripción S. E. _____

DANE 14700103928

En la cuidad de Santa Marta a los Siete (7) días del mes de Diciembre del año 1.988 se reunieron, con el fin de fomalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO DE BACHILLERATO " LICEO ANTONIO NARIÑO " Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad SALUD Y NUTRICION según RES : 17618 del Quince (15) de Noviembre de 19 88

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los Alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relaciona a continuación: XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA c.c. 57.428.137 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 01 de fecha 7 de Diciembre de 1.988 que consta de Diez y Nueve alumnos que comienzan con el nombre de BETTY CECILIA ATENCIO PARDO y se cierra con el nombre de HENRY EMILIO VERA COTES, firmado y sellado por ANA TERESA CHICA DEHASBUN (Rector) y SARA GONZALEZ PALMARINI (Secretario).

Dada en Santa Marta a los Siete (7) días del mes de Diciembre de 1.9 88

Firmado y Sellado

CENTRO DE EDUCACION MEDIA LICEO ANTONIO NARIÑO El Rector y Director SANTA MARTA

C. C. No 26.859.522 Rio de Ore

El Secretario(a) CENTRO DE EDUCACION MEDIA LICEO ANTONIO NARIÑO

C. C. No 26.685.012 Aracataca

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 0055 DE 19

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus atribuciones legales y especialmente, en las conferidas en los Decretos, y Leyes 056 de 1975, 121 de 1976 y la Resolución 08211 del 15 de junio de 1989 y,

CONSIDERANDO

Que XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA, identificada con la Cédula de Ciudadanía No57.428.137 expedida en Santa Marta, ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó el CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO de Santa Marta, el 13 de septiembre de 1996.

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 17 ENE 1997

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud del
Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos
y Alimentos

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA

REGISTRO No. 660



NOMBRE: XIOMARA CASTILLO SILVA

C. C. NO. 57.428.137

EXPEDIDA EN: SANTA MARTA

TITULO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-06-08→8:22:24 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57428137	XIOMARA	LIDUVINA	CASTILLO	SILVA	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) XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA identificado(a) con CC 57428137 registra La siguiente información:

2023-06-08→8:22:24 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1997-01-17	55	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Xiomara Liduvina Castillo Silva

CC 57428137 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-09-19
Fecha de vencimiento: 2025-09-19

FUNDACIONNUESTRA SEÑORADELAESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Xiomara Liduvina Castillo Silva

c.c. 57428137 de Santa Marta - Magdalena

alizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019

con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-03-05
Fecha de vencimiento: 2024-03-05

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

Xiomara Liduvina Castillo Silva

c.c. 57428137 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS)
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-03-07
Fecha de vencimiento: 2024-03-07

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA.

CC. 57.428.137

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"DIPLOMADO EN UCI ADULTO"

"APOYO VITAL DEL PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 04 DE DICIEMBRE DEL 2021
DURACIÓN 120 HORAS.
TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, ABORDAJE DEL PACIENTE CRITICO. URGENCIAS, MANEJO DE LA VIA AEREA DIFICIL, GASOMETRIA ARTERIAL, FISIOLOGÍA CARDIOVASCULAR, SDRA, EPOC, SHOCK MITOCONDRIAL.
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

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

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

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

FECHA DE RENOVACION DICIEMBRE 2021

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

OBCULOSAMENTE COLOMBIANO

LINEA NACIONAL: 310 7451759

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA

Cedula de Ciudadanía N° **57.428.137**

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y GESTIÓN DEL DUELO EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

CÓDIGO LILA

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: 25 HORAS

Otorgado el 27 del Febrero 2021

Firma y Rúbrica del Instructor
Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31329

Mónica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo:
mercadeocies@outlook.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974
Código de Verificación: CHCP21293-394

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a ningún título o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

J&E Medicall

OTORGA A:

XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA

Cédula de ciudadanía: 57428137

EL PRESENTE CERTIFICADO POR:

Haber cumplido con todas las obligaciones correspondientes al respectivo plan de estudios, aprobando:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

72 Horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Santa Marta a los un (1) días del mes de marzo de 2022. La presente certificación se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional.

Dr. Carlos David Arango Pereira
Director de J&E Medicall

ASOCIMEC

Dr. Jaime Luis Camargo Páez
Representante Legal

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

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 09/Dic/2020, **Hora:** 07:44:03 a.m.
Apellido: Castillo Silva **Nombre:** Xiomara Liduvina
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 57428137
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Lugar:
Direccion: Cra 21b Cl 2c San Fernando
Telefono: **Celular:** 3002979432 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 53 Kg **Estatura:** 160 Cm **IMC:** 20.7 **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Coomeva **ARL:** Sin Definir **AFP:** Colpensiones

HC: # 61952
Edad: 53 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 11/Sep/1967
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

.

Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

Observaciones

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

Xiomara Liduvina Castillo Silva
CC 57428137

Huella Digital

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

DE

CARDIOVIDA OUTSOURCING SAS

CERTIFICA QUE

La señora XIOMARA CASTILLO SILVA, identificada con cedula de ciudadanía N° 57.428.137 de Santa Marta - Magdalena, presto sus servicios como Auxiliar de Enfermería del área de Cuidados Intensivos - COVID 19, desde el día veinticinco (25) de agosto de 2020 al quince (15) de septiembre del mismo año, cumpliendo a cabalidad con las funciones propias del cargo, atendiendo todos los protocolos de bioseguridad exigidos.

Para constancia de lo anterior se firma a los cinco (5) días del mes de octubre de 2020

Cordialmente,

VALERIA DIAZ BATE
Jefe de Talento Humano

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 57428137 **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 14/09/2023 12:19 AM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Xiomara Jidayña
Apellidos:	Castillo Silva
Documento de identidad:	C.C. ☑ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 57428137
Fecha de nacimiento:	Día 11 Mes 09 Año 1967

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5	16-01-17	22150 2016	
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3	16-06-17	0340500308	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	16-01-17	PASTEUR SANOFI	UNICA	
Contra Influenza	15-05-19	X5D 218004	6 meses	
Otras				

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	2023-09-17 16:49

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
XIOMARA	LIDUVINA	CASTILLO	SILVA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57428137

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.800.000,00
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	$1.800.000,00

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

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

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

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

CERTIFICA:

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

Tipo y No. de documento:	CC-57428137
Nombres:	XIOMARA LIDUVINA
Apellidos:	CASTILLO SILVA
No. de Carnet:	80A44FF030E65D6830E2523A1B9135A6
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2022-02-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoria:	A

VIGILADO Supersalud

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el jueves, 14 de septiembre de 2023, a solicitud del interesado y es válida hasta el sábado, 14 de octubre de 2023

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57428137,** se encuentra afiliado/a desde **05/02/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de septiembre de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA** con **CC** No. **57428137**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/09/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301019268429.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

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

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 12/12/2022

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: XIOMARA LIDUVINA CASTILLO SILVA														Sexo: M		F	X
Tipo de Documento: CC X / CE / TI / RC / PP								Número: 57428137		Expedida en: SANTA MARTA				Fecha de Expedición: 05/08/1988			
Estado Civil (Seleccione): Soltero / Casado / Divorciado X / U. libre / Viudo								Nivel educativo: Primaria / Bachiller / Técnico x / Universidad				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda: Propia / Arrendada / Familia X			Zona Ubicación: Rural / Urbano
Fecha nacimiento: 11 / 9 / 1967			Lugar de Nacimiento: STA MTA-MAGDALENA			Direccion Domicilio: KRA21B NO. 21-55 SAN FERNANDO						Municipio / Ciudad: SANTA MARTA				Departamento: MAGDALENA	
Correo Electrónico: xioma11.cast@gmail.com												No. Celular: 3002979432				Telefono: NO	
Ocupación (Seleccione): Estudiante / Independiente / Empleado x / Hogar / Jubilado												Actividad Principal CIIU: 8 6 9 2					
Detalle Actividad Económica: actividad apoyo terapeutico										Descripción del CIIU: actividad de auxiliar de enfermeria							

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento: C.C. X / P.P.	Número

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio: Publica x / Privada / Mixta / Otra, cual?	Cargo
hospital julio mendez barreneche		auxiliar de enfermeria
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio / No. Teléfono
kra14 no- 23-42	santa marta	alzacarez / 4236464
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI / NO x	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 1.800.000	Total Egresos mensules: 1.000.000
Otros Ingresos Mensules:	Otros Egresos Mensuales: 300.000
Total Activos: 1.800.000	Total Pasivos: 1.300.000
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?

NO

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

NO

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

MI SALARIO MENSUAL

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 la 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.

Xiomara L. Castillo

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