HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** MARIA CLARA CALVO PADILLA identificado con Cédula No. 1004371161 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: MARIA CALVO

	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://sill.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	Póliza 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** (Neonatólogo) (**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/fdcl/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/	✓	



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.371.161

CALVO PADILLA
APELLIDOS

MARIA CLARA
NOMBRES

MARIA CALVO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-2000

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-MAY-2018 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2100100-01010486-F-1004371161-20180525 0061311494A 1 48770511

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1004371161**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1004371161	CALVO	PADILLA	MARIA	CLARA	2023-05-15, 2:53 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

HJMB	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) MARIA CLARA CALVO PADILLA identificado con C.C./C.E./P.P No. 1004371161 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años.**
Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 5 del mes de Septiembre de 2023.

Firma MARIA CALVO
Nombre MARIA CLARA CALVO PADILLA
Cédula 1004371161

COPIA CONTROL

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.10933553
Número del contrato	CD20232341
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	1/07/2023 9:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	25 días para terminar *(30/09/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	3 Meses
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(•) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	(•) Sí ( ) No
Fecha de inicio de liquidación	1/07/2023 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha fin de liquidación	31/12/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (•) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (•) No
Reversión	( ) Sí (•) No

Entidad Estatal

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Santa Marta

Proveedor Seleccionado

Maria calvo

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Santa Marta

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
Maria calvo			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *Maria ciara Calvo* *Fecha de aprobación:* *24/06/2023 5:13:56 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: *GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA* *Fecha de aprobación:* *1/07/2023 8:43:05 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_5123993_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_5123993_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación régimen especial
Unidad de contratación	Grupo de contratación SECOP II
Proceso de Contratación	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	5.400.000,00 COP

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte

Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

secop.gov.co

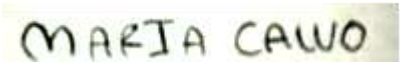
SANTA MARTA MAGDALENA

Dr

GERMAN VARGAS MOSQUERA
Gerente E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche

Por medio de la presente me dirijo a usted y ala gerencia de la entidad comunicandole que me encuentro en completa disponibilidad laboral y con toda la capaciedad tanto para brindar el cuidado integral de pacientes como ejercer un liderazgo en el area que sea requerida como
Auxiliar de Enfermeria. Tambien le hago saber que soy entregada a mis funciones y conocimientos aprendidos en mis estudios. Y durante la experiencia a lo largo de mi carrera
Como Enfermera Auxiliar

Atentamente



MARIA CLARA CALVO PADILLA
CC 1004371161

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14655234378

(415)7707212489984(8020) 000001465523437 8

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

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
CALVO	PADILLA	MARIA	CLARA

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
CL 12 8 47 BRR GAIRA

42. Correo electrónico 012000clara@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 3 5 0 8 9 8 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
9 6 0 9 / 2 0 1 9 0 8 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	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2019 - 08 - 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: 08-09-2023 05:30:16PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Calvo	Padilla	María Clara

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1004371161 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 01 MES 05 AÑO 2000

PAÍS

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS DEPTO magdalena

MUNICIPIO Santa marta

TELÉFONO 3013508982 EMAIL 012000clara@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	2017
										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*

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)

4 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 4367689	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN*					

5 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*						

6 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	24
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	31

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 **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 CONLA 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 **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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Calvo	PADILLA	MARIA CLARA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1004371161

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 01 MES 05 AÑO 2000

PAÍS: Colombia

DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa marta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 12 #8-47 GAIRA

PAÍS: Colombia DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa marta

TELÉFONO: 3013508982 EMAIL: 012000clara@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: Tecnico De Alimento
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO 09-12-2017
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2017
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
	3	✓		Auxiliar de Enfermeria	7	2019	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica la milagrosa		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
magdalena	Santa marta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3008912777	DÍA 17 MES 02 AÑO 2021	DÍA 28 MES 05 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux de enfermeria		CR 18 # 31-22

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica la marcaribe		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
magdalena	Santamarta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3016275692	DÍA 09 MES 09 AÑO 2019	DÍA 10 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux de enfermeria		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊕ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA

MARIA CALVO

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia

La Corporación Bolivariana del Norte

Certifica que

María Clara Calvo Padilla

C.C. 1004371161 Santa Marta

Aprobó sus estudios y cumplió con todos los requisitos legales e institucionales para recibir el presente Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias que lo acredita como Técnico Laboral en

Auxiliar en Enfermería

En testimonio de lo expuesto se expide en Santa Marta, Magdalena, a los

9 días del mes de julio de 2019

Rector

Secretario General

Director Académico

4349

ACTA DE GRADO 10-6425-19

EL SUSCRITO RECTOR DE LA
CORPORACIÓN BOLIVARIANA DEL NORTE

CERTIFICA

Que: El Consejo Directivo en su sesión del día veintiocho (28) de junio del dos mil diecinueve (2019), en cumplimiento de lo establecido en los artículos 42 y 90 de la Ley 115 de 1994, en el Artículo 2 de la Ley 1064 de 2006 y en el Decreto 1075 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que: **MARIA CLARA CALVO PADILLA**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1004371161 expedida en Santa Marta, cumplió con todos los requisitos legales e institucionales para la culminación satisfactoria de sus estudios,

RESUELVE

Otorgarle el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
que lo acredita como Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Intensidad 1800 horas

En nombre y representación de la Corporación Bolivariana del Norte y previo juramento de rigor, en solemne ceremonia de grado, el Rector hizo entrega del Diploma correspondiente, registrado en el Libro de Actas de Grado N° 10, Folio N° 6425.

En testimonio de lo anterior se firma la presente en el Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, el día seis (6) de julio del dos mil diecinueve (2019).

CARLOS QUINTERO LOZANO
Rector

La República de Colombia y en su nombre la

Institución Educativa Distrital Francisco De Paula Santander

Creada por Decreto 884 de noviembre de 2002 y 978 del 29 de noviembre de 2004

Libro: 05V *Acta de graduación:* 84 *Folio:* 135 *Registro:* 28

En el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta el noveno día del mes de diciembre del año 2017 se reunieron el Rector y la Secretaria de la Institución Educativa Distrital Francisco De Paula Santander, con el fin de protocolizar la graduación de los alumnos de último grado de Educación Media. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que, se procedió a otorgar:

Título de: TECNICO EN PROCESAMIENTO DE FRUTAS Y HORTALIZAS

Apellidos Y Nombres: CALVO PADILLA MARIA CLARA

Documento de identidad: T.I 1004371161 EXPEDIDO EN Santa Marta - Magdalena

Juan Carlos Vega Posada
C.C. No 72.181.549
Rector

Juana Acendaño Jiménez
C.C. Nº 36.562.219
Secretaria

Fiel copia del acta de graduación original

República de Colombia

Institución Educativa Distrital
Francisco de Paula Santander

Aprobada por resolución 884 del 28 de Noviembre de 2002 de la Secretaria de Educación
Santa Marta - Magdalena

Confiere a:

María Clara Calvo Padilla

IDENTIFICADO (A) CON T.I 1004371161 DE SANTA MARTA

El Título de:

Bachiller Técnico

ESPECIALIDAD EN PROCESAMIENTO DE FRUTAS Y HORTALIZAS

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

Iván Carlos Vega Posada
Rector

Juana Avendaño Jiménez
Secretaria

Libro 05 Folio 135 Acta 84 del Año 2017

Dado en Santa Marta el 9 de Diciembre de 2017

311

República de Colombia
Gobernación Departamento del Magdalena

E-2019-013289

RESOLUCIÓN Nro. 2453

Por la cual se registra un título
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **MARIA CLARA CALVO PADILLA** identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 1,004,371,161, expedida Santa Marta - Magdalena, solicito ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS otorgado por LA CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE - CBN, con Acta de Grado No. 19-8425-1E de 05 de Julio de 2019.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MARIA CLARA CALVO PADILLA, identificado (a) con Cedula de Ciudadania No. 1,004,371,161 expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D. T. C. H. en fecha 06 AGO 2019

ANSELMO HOYOS FRANCO
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Martha Vásquez M.

Resultado General -2023-05-15--10:02:05 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1004371161	CALVO	PADILLA	MARIA	CLARA	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud se constato que el (la) señor(a) CALVO PADILLA MARIA CLARA identificado(a) con CC 1004371161 registro La siguiente información:

2023-05-15--10:02:05 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-08-06	2453	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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.) Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Fundación Crescere

Certifica

Maria Clara Calvo Padilla

CC 1004371161 de Santa Marta (Magdalena)

Realizó y aprobó el CURSO ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y SU ATENCION INTEGRAL
con un total de 160 Horas.

Fecha de inicio: 2023-09-05
Fecha de finalización: 2025-09-04

COMPRUEBA SU AUTENTICIDAD

RECTOR

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIA GENERAL

ACTA FINALIZACIÓN DE CURSO

A "MARIA CLARA CALVO PADILLA", IDENTIFICADO CON CC 1004371161

Se le otorga la presente acta de finalización del curso online titulado " CURSO ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y SU ATENCION INTEGRAL", con una duración total de "160 horas", el cual fue creado, organizado y administrado por la fundación crescere.

El curso inició el día "2023-09-05", y tiene una validez hasta el día "2025-09-04". Durante estas 160 horas, el estudiante participo del curso a través de la plataforma de Campus de aprendizaje en línea.

El programa incluye una combinación de material teórico, evaluaciones y recursos complementarios para enriquecer el aprendizaje y fortalecer la competencia. Asi mismo fue evaluado de acuerdo con los criterios establecidos por los desarrolladores del curso, y se asignaron calificaciones basadas en el rendimiento individual. Las calificaciones obtenidas por el estudiante se encuentran detalladas en los registros académicos de la plataforma de Campus de aprendizaje en línea.

CERTIFICA:

RECTOR | DIRECTOR DE PROGRAMA | SECRETARIA GENERAL

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

MARIA CLARA

Acudió satisfactoriamente al Foro **"68 AÑOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA CON PRESIÓN POSITIVA"**, efectuado el día Veintiséis (26) de Agosto del año Dos Mil Veinte (2020), con una duración de cuatro (4) horas.

Se confiere la presente constancia por parte de **GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD (GESCONS S.A.S.)** NIT: 900.792.444-9, y la **FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA** NIT: 860.007.406-9

LUIS FELIPE MENDOZA ARGUELLO
Representante Legal de GESCONS S.A.S.

Dr. SERGIO ISAZA VILLA
Presidente Federación Médica Colombiana

Dado en Colombia el 26 de Agosto de 2020.

Gescons
Gestión De Educación Continuada En Salud

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

G01410- 1004371161

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

MARIA CLARA CALVO PADILLA

C.C. No. 1.004.371.161

DIPLOMADO

ACTUALIZACION EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO ADULTO – PEDIATRICO – NEONATAL

Para Auxiliar de Enfermería

Cumplió Satisfactoriamente el Programa Corporativo de Educación continuada, o que Represento una Intensidad de Ciento Veinte (120) Horas, Realizado en la Ciudad de Santa Marta - Magdalena desde Febrero 01 de 2020 – Hasta Julio 04 de 2020.

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT: 900.792.444-9 matricula mercantil 611199 avalado por la **FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA** NIT: 860.007.406-9 podrá verificarlo a través del código de verificación.

LUIS FELIPE MENDOZA ARGUELLO
Representante Legal de GESCONS S.A.S.

Dr. SERGIO ISAZA VILLA
Presidente Federación Médica Colombiana

Firmado en la Ciudad de Barranquilla el 04 de Julio de 2020
https://www.federacionmedicacolombiana.com

Fundación Crescere

Certifica

Maria Clara Calvo Padilla

CC 1004371161 de Santa Marta (Magdalena)

Realizó y aprobó el MANEJO DEL DUELO: APRENDIENDO A AFRONTAR LA PÉRDIDA
con un total de 100 Horas.

Fecha de inicio: 2023-09-05
Fecha de finalización: 2025-09-04

COMPRUEBA SU AUTENTICIDAD

RECTOR

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIA GENERAL

ACTA FINALIZACIÓN DE CURSO

Fundación Crescere

A "MARIA CLARA CALVO PADILLA", IDENTIFICADO CON CC 1004371161

Se le otorga la presente acta de finalización del curso online titulado "MANEJO DEL DUELO: APRENDIENDO A AFRONTAR LA PÉRDIDA", con una duración total de "100 horas", el cual fue creado, organizado y administrado por la fundación crescere.

El curso inició el dia "2023-09-05", y tiene una validez hasta el dia "2025-09-04". Durante estas 100 horas, el estudiante participo del curso a través de la plataforma de Campus de aprendizaje en línea.

El programa incluye una combinación de material teórico, evaluaciones y recursos complementarios para enriquecer el aprendizaje y fortalecer la competencia. Asi mismo fue evaluado de acuerdo con los criterios establecidos por los desarrolladores del curso, y se asignaron calificaciones basadas en el rendimiento individual. Las calificaciones obtenidas por el estudiante se encuentran detalladas en los registros académicos de la plataforma de Campus de aprendizaje en línea.

CERTIFICA:

RECTOR | DIRECTOR DE PROGRAMA | SECRETARIA GENERAL

2bd6c980-029a-11e8-94a8-fd7fac677d89

IPS FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

CENTRO DE ATENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

NIT: 9003970736

OTORGA A:

MARIA CLARA CALVO PADILLA

Cédula de ciudadanía: **1004371161**

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA AL

CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO - RCP

20 Horas

Dado en santa marta el 25 de agosto del 2023

Ing. Richard Olives Peña
Director

Dr. Sergio Fernandez Orozco
Coordinador

Para certificar la autenticidad del presente diploma, escanee el código QR ubicado en la parte superior izq.

CENTRO DE FORMACIÓN EMPRESARIAL NIGHTINGALE

NIT 900428810-2

HACE CONSTAR QUE:

MARIA CLARA CALVO PADILLA

IDENTIFICADA CON CC 1004371161

Asistió y Aprobó El Curso De Educación Continua

ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON SUSTANCIAS QUIMICAS

EDUCACION INFORMAL DECRETO 4904 DEL 2009

DICTADO EN BARRANQUILLA-SOLEDAD SEDE VIRTUAL EN EL MES SEPTIEMBRE 2 DEL 2023 DURACION 30 HORAS:

CERTIFICADO VALIDO POR 30 MESES PARA LA VERIFICACION DE ESTE CERTIFICADO COMUNIQUESE AL GMAIL NIGHTINGALE.EU.2011@GMAIL.COM/ 3224567867

1085833159 / 2021

GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ
DIRECTOR CIENTIFICO

CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA QUE:

MARIA CLARA CALVO PADILLA

1004371161

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS

En testimonio de lo anterior se firma el día 22 de julio, 2021

Vigencia dos años desde la fecha de expedición del certificado.

LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO
DIRECTOR ACADÉMICO.
Nit: 901250460-5

VICTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL
R.M. 70366/98

Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DURSE. Verificar en www.edusaludces.com

CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA QUE:

MARIA CLARA CALVO PADILLA

1004371161

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:

VACUNACION COVID-19

CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS

En testimonio de lo anterior se firma el día 22 de julio, 2021

Vigencia dos años desde la fecha de expedición del certificado.

LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO
DIRECTOR ACADÉMICO.
Nit: 901250460-5

VICTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL
R.M. 70366/98

Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DURSE. Verificar en www.edusaludces.com

CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA QUE:

MARIA CLARA CALVO PADILLA

1004371161

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:

ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS - INYECTOLOGÍA

CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS

En testimonio de lo anterior se firma el día 25 de agosto de 2022

Vigencia dos años desde la fecha de expedición del certificado.

LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO
DIRECTOR ACADEMICO.
Nit: 901250460-5

VICTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL
R.M. 70366/98

Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DURSE.
Verificar en www.centrocentrenamientosalud.com

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

María clara Calvo padilla

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 70,00 %

25 de junio de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=6498c8bf-1870-40cd-91a8-2b35ac111c2e

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 06/09/2023 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: MARIA CLARA CALVO PADILLA
CC: 1004371161 Sexo: F Edad: 23 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

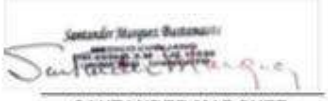
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: o HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE o CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA o USO DE EPP o PAUSAS ACTIVAS

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes. El trabajador ha declarado bajo la gravedad de juramento, que los datos he suministrado para la elaboración del presente documento es veraz y que no ha omitido información alguna sobre su estado de salud.
No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)



SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

Su Aliado Laboral S.A.S

Nit 900.507.099-0

A QUIEN INTERESE

Hacemos constar que el(a) señor(a) **CALVO PADILLA MARIA CLARA,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **N° 1004371161** laboró en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que duró la obra o labor determinada en nuestra empresa cliente **CLINICA LA MILAGROSA S.A.** Como trabajador(a) en misión desde el 17 de febrero de 2021 hasta el 28 de mayo de 2021.

Devengo un salario básico mensual: **$1.000.000.oo**

Desempeñó el cargo de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Se expide la siguiente certificación el 28 de mayo de 2021.

Atentamente,

FLORINDA CALA CALA
Representante Legal

MAR CARIBE

COLSALUDS.A CLINICA MAR CARIBE
NIT.819.002.176-8
Carrera 19 con calle 22 Esquina Tel: 3016275592
Santa Marta- Colombia

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DE LA COMPAÑÍA COLOMBIANA DE SALUD S.A

CERTIFICA QUE

La señorita **MARIA CLARA CALVO**, identificada con cedula de ciudadania N°**1004371161** de Santa marta Magdalena, auxiliar de enfermería, realizó prácticas de inducción durante 3 meses en la clínica mar caribe, para reforzamientos de sus conocimientos, durante el periodo comprendido entre el 09 de septiembre 2019 al 09 de Diciembre del 2019. Rotando en el área **HOSPITALIZACION.**

Durante su inducción mostró buen desempeño laboral, relaciones interpersonales adecuadas, respeto a las líneas de autoridad, disciplina y compromiso en el desarrollo de sus actividades.

Se expide esta certificación el día 10 de diciembre del 2019 a solicitud del interesado.

Atentamente,

YULIETH ACOSTA GONZALEZ.
COORDINADORA DEL DTO ENFERMERIA

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 1004371161 **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 05:11 PM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	13-01-18		
Tétanico Diftérico Td	1	20-12-17		
	2	30-01-18		
	3	13-08-18		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2	20-01-18		
	3	13-08-18	UEX170001	
	adi			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla			MSG23	
Contra Influenza	U	20-12-17	UEU3016	
Virus de Papiloma Humano				



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

VACUNACIÓN

Conservelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Maria clara
Apellidos:	Calvo Padilla
Documento de identidad:	C.C. T.I. Pasaporte No. 1004371161
Fecha de Nacimiento:	Día 01 Mes 05 Año 2000

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	2023-05-11 15:55

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	CLARA	CALVO	PADILLA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004371161

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$8.400.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$158.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$8.558.000,00

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	$800.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CRÉDITO	$1.300.000,00

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:

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1004371161
NOMBRES Y APELLIDOS	Calvo Padilla,Maria Clara
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Calvo Padilla,Maria Clara, a los 03 días del mes de septiembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA CLARA CALVO PADILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.371.161**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 17/05/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	891780185	**Cédula Usuario:**	CC 85080120
Nombre:	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				
Dirección:	CALLE 23 # 14-42				
Departamento:	MAGDALENA		**Municipio:**	SANTA MARTA	
Correo electrónico:	sgsst@hujmb.gov.co				
Teléfono:	4365007		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3861001 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MEDICOS Y ABARCA: LA ATENCION ODONTOLOGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCION DE INTERNACION; EL SERVICIO DE PERSONAL MEDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA: REHABILITACION (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, F				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 85080120	JOSE RAFAEL DOMINGUEZ AYALA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	13	18/05/2023	CC 1004371161	CALVO PADILLA MARIA	3	2.436	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

D57823E469E765B54B082FBAEB379012 Certificado impreso el día 5/17/2023 10:32:18 AM por el portal de empresas Edesk

HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINCAF VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos											Sexo	
MARIA CLARA CALVO											M	F X
Tipo de Documento							Número		Expedida en		Fecha de Expedición	
C.C. X	C.E	T.I	R.C	PP			1004371161		SANTA MARTA		16-5-2018	
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda		Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universitario		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X							X				X	X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad		Departamento	
1	5	2000	Santamarta		calle 12 #8-47 Gaira					Santa Marta		Magdalena	
Correo Electrónico										No. Celular		Telefono	
012000clara@gmail.cm										3013508582			
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante	Independiente	Empleado X	Hogar	Jubilado									
Detalle Actividad Económica					Descripción del CIIU								

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo	
Casalud IPS	Publica	Privada X	Mixta	Otra, cual?				
Dirección de empresa o negocio			Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI	NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.600.000	Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 Año 2022	Es declarante?	SI NO

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

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche o a quien represente sus derechos u obtenga 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

MARIA CALVO

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):