En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, MARGARITA ROSA MACIAS VALLE, Identificado con Cédula No. 1.082.950.889 y Profesión MEDICO GENERAL **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: _____

	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://siji.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/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 1.082.950.889

MACIAS VALLE

APELLIDOS

MARGARITA ROSA

NOMBRES

Margarita Macías

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 09-FEB-1992

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-MAY-2010 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00246901-F-1082950889-20100729 0023116822A 2 34305804

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082950889**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082950889	MACIAS	VALLE	MARGARITA	ROSA	2022-07-18, 11:55 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1082950889	MACIAS	VALLE	MARGARITA	ROSA	2023-02-10, 10:43 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El(la) suscrito(a) MARGARITA ROSA MACIAS VALLE identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.082.950.889 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 20 del mes de Septiembre de 2023.

Firma
Nombre MARGARITA ROSA MACIAS VALLE
Cédula 1.082.950.889

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	
Título	
Nombre	Margarita Rosa
Apellidos	Macías Valle
Fecha de Nacimiento	2/02/1992 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	Margarita Rosa Macías Valle
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1082950889
Dirección	Carrera 19B #12-22
Código postal	
Estrato	4
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	margarita_0902@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3045312303
Nivel Educativo	Posgrado

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	mrgrt
SMS para recuperar la contraseña	3045312303

Editar

Doctor
GERMAN VARGAS MOSQUERA
GERENTE (E)
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo.

Por medio del presente documento me permito ofrecer a el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, mis servicios como **MEDICO GENERAL** que serán prestados en dichas instalaciones, para efecto me acogeré a los horarios establecidos por la entidad como también al manual de funciones.

Atentamente,



MARGARITA ROSA MACIAS VALLE
C.C. 1.082.950.889

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14726100746

(415)7707212489984(8020) 000001472610074 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 5 0 8 8 9	5	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 8 2 9 5 0 8 8 9	2 0 1 0 0 5 2 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
MACIAS	VALLE	MARGARITA	ROSA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 19 A 12 22 BRR SAN FRANCISCO

42. Correo electrónico margarita_0902@hotmail.com

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

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 2 1	2 0 1 9 0 1 0 1						2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 12 - 02 / 11 : 23: 54

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 MACIAS VALLE MARGARITA ROSA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
Macias	Valle	Margarita Rosa

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082950889 | 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 09 MES 02 AÑO 1992

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 19 A 12 22 APARTAMENTO 101 SAN FRANCISCO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: margarita_0902@hotmail.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	12	AÑO	2008
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	12	2018	1082950889
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2014	1082950889

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAR CARIBE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4206465	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2017	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 22 CON CARRERA 19 ESQUINA					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2017	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 14 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* GUAMAL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4182016	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 CON CALLE 10 ESQUINA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ZONA BANANERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3157384725	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	07	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 4 40 (SEVILLA)					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA EL PRADO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4217151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	06	*Año*	2016	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 26 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4381234	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	02	*Año* 2015	*Día*	19	*Mes*	02	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* AVENIDA LIBERTADOR #25-67					

4 **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

5 **TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	3

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, septiembre 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia

y en su nombre el

Instituto La Milagrosa

Santa Marta - Magdalena

Reconocido oficialmente por el Departamento Administrativo de Educación y Cultura del D.T.H.C. de Santa Marta según Resolución No. 465 del 29 de septiembre de 2000,

Confiere a

Margarita Rosa Macias Valle

Identificado(a) con TI No. 92020952093 Expedida en Santa Marta

El Título de

Bachiller Técnico

con Especialidad en Comercio

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I.

Rectora,

Secretaria,

INSTITUTO LA MILAGROSA SANTA MARTA

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. 93 Diploma No. 29

Dado en Santa Marta, a 29 de Noviembre del año 2008

PAZ DEL RÍO EDITORES

UNIVERSIDAD DEL NORTE

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973, representada por el Consejo Directivo y el Rector,

teniendo en cuenta que

MARGARITA ROSA MACIAS VALLE

C.C. No. 1.082.950.889 de Santa Marta

Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

Dado en Santa Marta , a los 14 días del mes de Diciembre de 2018

Director de Especializaciones

Rector

Secretario Académico

Personería Jurídica
Resolución No.000396 del
7 de Junio de 1993

Acta No. 2018-38-V-007

20336

UNIVERSIDAD DEL NORTE

Vigilada Mineducación

ACTA DE GRADO INDIVIDUAL

Código de verificación: RPIMB7FOKMSX36FYZEMI

El suscrito Director del Departamento de Registro, hace constar que en la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, a los 14 días del mes de diciembre de 2018, se llevó a cabo la ceremonia privada de graduación, en la cual la UNIVERSIDAD DEL NORTE autorizada para el efecto, según Decreto No. 263 del 22 de febrero de 1973 del Ministerio de Educación Nacional y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

a

MARGARITA ROSA MACIAS VALLE

Identificado(a) con CC 1082950889 de Santa Marta, quién cumplió con los requisitos exigidos por la Universidad, según consta en el Acta No. 2018-38-V-007, título otorgado el 14 de diciembre de 2018.

El presente certificado ha sido generado y firmado de forma electrónica. Puede validar la autenticidad de este documento en la página web www.uninorte.edu.co/registro, opción validar documentos con firma digital, usando el código de verificación ubicado en la parte superior.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

MARGARITA ROSA MACÍAS VALLE

Con cédula de ciudadanía No. 1.082.950.889 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 19 de Diciembre de 2014

Director(a) Sede

Rector

Gloria Patricia Rano J
Secretario(a) General

Folio No. 181 Libro de Registros No. 7 Registro No. 9128 Refrendado en Santa Marta el día 19 de Diciembre de 2014

Registros y Diplomas: Juan Alonso Cortés Londoño

001345

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24199 del 30 de Diciembre de 1961 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 522 del 15 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 3463 del 31 de Julio de 2003, emanada del Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 108

PROGRAMA: MEDICINA

CÓDIGO SNIES: 3529

FECHA: 19 DE DICIEMBRE DE 2014.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que MARGARITA ROSA MACIAS VALLE
con cédula de ciudadanía No 1.082.950.389 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de MEDICA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 17 en sesión del día 2 de Diciembre de 2014.

Para constancia se autorizó este título por parte del Rector, Director Académico de la Sede, Decano de la facultad y la Secretaria General de la Universidad, así:

Rector: CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GONZÁLEZ

Director(a) de Sede: HERMES JAIME GUTIERREZ

Decano(a) Facultad SALIN RAMON TOUCHIE MEZA

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 19 DE DICIEMBRE DE 2014.

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General

[redacted]

C108295088900143524

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MARGARITA MACÍAS VALLE**, identificado(a) con C.C. No. 1082950889 y T.P. o R.M. No. 1082950889 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 19 septiembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

Certifica

Que conforme a lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, el (la) profesional **MARGARITA ROSA MACIAS VALLE** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1,082,950,889 expedida en Santa Marta - Magdalena, cumplió el servicio social obligatorio como MEDICA, en la siguiente plaza y fecha.

Código Plaza	Modalidad (*)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
3889	Prestación de Servicios	20 de Febrero de 2015	19 de Febrero de 2016

*según artículo 6 de la Resolución 1058 de 2010.

Santa Marta, 01 de Marzo de 2016.

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud

Proyectó: Piedad De la Hoz Orozco.

El Magdalena que queremos
Secretariadesalud@magdalena.gov.co
Calle 23 No. 13 A 02
Teléfono: 57 54 319542.

0773

Scanned by CamScanner

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



MARGARITA ROSA MACIAS VALLE

C.C o C.E. 1082950889

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación

U. COOPERATIVA DE COLOMBIA

Ciudad SANTA MARTA

Fecha de expedición diploma 19/12/2014

Fecha de inscripción RETHUS 14/04/2016

CMC

Código interno: CMC2016-7362

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

ROCCO GIANNINI & CIA. S.A. - NIT 830.030.916

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301 info@colegiomedicocolombiano.org

007060

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Ingresar | Registrarse | Ayuda

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.



Cambiar

4685

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-06-15→4:40:45 PM

CC	1082950889	MARGARITA	ROSA	MACIAS	VALLE	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) MARGARITA ROSA MACIAS VALLE identificado(a) con CC 1082950889 registra La siguiente información:

2023-06-15→4:40:45 PM

Información Académica

UNV	Local	MEDICINA	2016-03-18	0	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	

Datos SSO

Presto SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|SANTA MARTA	2015-02-20	2016-02-19	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).

Chubb Seguros Colombia S.A.
Nit 860.026.518-6
Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

(+57) 601 326-6200 *PBX*
(+57) 601 319-0300
(+57) 601 319-0400
(+57) 601 319-0408 FAX
www.chubb.com/co

PROMEDICO
FONDO DE EMPLEADOS MÉDICOS DE COLOMBIA

Certificado Individual de Seguro No. RCMCO00080867264
Póliza Matriz Nº 16880
Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica

Información del tomador			
Seguro por cuenta tomado por: PROMEDICO		**NIT:**	890.310.418-4
Información del Asegurado			
Titular Asegurado:	MACIAS VALLE MARGARITA ROSA	**C.C.:**	1082950889
Profesión:	MEDICO GENERAL		
Ciudad	CO RCM - PROMEDICO ZONA 3 - DEMÁS CIUDADES		

Vigencia Póliza de responsabilidad civil médica	
Fecha Inicio: 7 de febrero de 2023 Desde Las 00:00 Horas	**Fecha Fin:** 6 de febrero de 2024 Hasta llas 24:00 Horas
El presente certificado conservará plena validez hasta que se incurra en alguna de las causales de terminación del contrato de seguro de que se trata, establecidas en las condiciones generales o en la ley.	
Cobertura básica **Responsabilidad civil médica**	
En desarrollo del inciso 1ro del artículo 4to de la Ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual, derivada de la responsabilidad civil en que incurra de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales. Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.	
Requisitos de Asegurabilidad Para efectos de este seguro, el Asegurado no debe tener conocimiento de reclamaciones o circunstancias diferentes a las ya reportadas en Chubb Seguros, ya que las mismas estarán excluidas de cobertura. El Asegurado deberá estar debidamente registrado bajo las leyes colombianas y su licencia profesional tiene que estar vigente. El Asegurado deberá declarar que no ha estado involucrado en ningún litigio por la prestación de sus servicios profesionales y que no tiene conocimiento de hechos que puedan derivar en un reclamo bajo la póliza contratada	

Beneficiarios:	Terceros afectados	**Fecha de Retroactividad:**		07/02/2017
Límite Asegurado:	300.000.000	**Deducible**	Para límite de **$100.000.000 a $600.000.000: 5%** de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP **$1.000.000** por todo y cada reclamo.	
			Para límite de **$800.000.000 y $1.000.000.000: 10%** de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP **$1.500.000** por todo y cada reclamo.	
			No aplica deducible para Gastos de Defensa.	

Extensiones de cobertura (De conformidad con lo descrito en el clausulado general)	
Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza	**Sublimite**
En caso de fallecimiento, incapacidad o insolvencia de cualquier persona natural considerada asegurado, la presente póliza se extenderá a cubrir los daños y/o gastos legales provenientes de una reclamación entablada contra el caudal hereditario, herederos o representante legales de tal asegurado por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente póliza.	100%
La cobertura básica de responsabilidad civil médica, se extiende a cubrir al cónyuge de cualquier persona	100%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

natural considerada asegurado, cuando éste deba asumir un daño y/o gastos legales derivados de una reclamación basada en un acto médico erróneo cometido por el asegurado en la prestación de sus servicios profesionales, y que como consecuencia, se pretenda obtener indemnización del patrimonio de los cónyuges. Lo anterior de acuerdo con las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente póliza.	
Gastos legales incurridos en una investigación iniciada contra el asegurado	100%
Gastos penales	100%
Cobertura para las cirugías reconstructivas	100%
Cobertura para empleados no profesionales	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamentos	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina	100%
Cobertura de daños extra-patrimoniales	100%

Coberturas adicionales a las establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad civil médica

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la Ley 389 de 1997
- Periodo adicional para recibir reclamaciones, de acuerdo con las condiciones de la póliza: Un periodo de 24 meses sin cobro de prima adicional
- Gastos de defensa sin deducible
- Por medio del presente anexo se incluye la siguiente condición bajo la póliza

  Visitas a domicilio: Mediante la contratación de este Anexo y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la Póliza, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **reclamaciones** a consecuencia de la prestación de **Servicios Profesionales** realizados por el **Asegurado** en el domicilio del paciente.

  Se cubren los **Actos Médicos Erróneos** y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros, quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los **Servicios Profesionales**.

  La presente cobertura será válida solamente en los casos en los que los Daños Corporales hayan sido causados por el **Asegurado** y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente Póliza mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando **Servicios Profesionales** al paciente.

  Mediante el presente Endoso se elimina la exclusión 3.32

  Demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio.
- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza
- Las coberturas, exclusiones y garantías del presente seguro las tiene a su disposición en la página web www.chubbseguros.com.co, clausulado RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114 000I 31-08-2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG054.

EXCLUSIONES ADICIONALES A LAS ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN EL CONDICIONADO GENERAL RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114 000I 31-08-2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG054, EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

- ACTOS MEDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS.
- QUEDA EXCLUIDA CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS CONTEMPLADAS EN LA SECCION 25 DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- EXCLUSIÓN OFAC: ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.
- EXCLUSIÓN CONDUCTA SEXUAL

  EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: **CONDUCTA SEXUAL** ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

Chubb. Insured.℠

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONDUCTA SEXUAL SIGNIFICA CUALQUIER ACTO VERBAL O NO VERBAL, COMUNICACIÓN, CONTACTO U OTRA CONDUCTA QUE INVOLUCRE ABUSO SEXUAL, INTIMIDACIÓN SEXUAL, ACOSO SEXUAL O DISCRIMINACIÓN.

Prima	
Prima Responsabilidad Civil Médica Antes de Iva	285.696
Iva Prima Responsabilidad Civil Médica	54.282
Prima Anual Total	339.978

Información importante

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

EL PRESENTE SEGURO ESTÁ SUJETO A EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE COBERTURA QUE SE DESCRIBEN Y SE DEFINEN DETALLADAMENTE EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO Y EN LAS DE CADA UNO DE SUS AMPAROS ADICIONALES.



Chubb Seguros Colombia S.A.
Firma Autorizada

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIAS, SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

le expide la siguiente certificación por haber cumplido satisfactoriamente con el curso teórico - práctico de

CÓDIGO GRIS

MANEJO INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

A

MARGARITA ROSA MACIAS VALLE

C.C. 1.082.950.889

Quien cumplió satisfactoriamente con la temática y práctica del curso.
Realizado en la ciudad de **Santa Marta los días 21 y 22 de Junio de 2019**, con una intensidad horaria de 40 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res 2003 del 2014, y lo exigido en la ley 1146 del 2007 y Res 0459.

Javier Alfaro Roa
Director Acess

Regina Ortega
Psicóloga

Alfredo Bolívar Tavera
Médico Perito

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

Margarita Rosa Macias Valle

CC 1082950889 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-05-31
Fecha de vencimiento: 2025-05-31

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

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

Margarita Rosa Macias Valle

CC 1082950889 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-02
Fecha de vencimiento: 2025-06-02

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

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

MARGARITA ROSA MACIAS VALLE

C.C. 1.082.950.889

Por haber asistido y aprobado el curso:

formación continua en

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Realizado en modalidad virtual, **los días 8 al 10 de Marzo de 2021.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

ACESS

Otorga el presente certificado a

MARGARITA ROSA MACIAS VALLE

C.C. 1082950889

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

Gestión del Duelo

Realizado en modalidad virtual los días 01 y 02 de Marzo **de 2021**,
con una intensidad horaria de **20 horas**.
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,
Aprobado resolución 3228 del 2017.

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

www.acess.com.co

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

MARGARITA ROSA MACIAS VALLE

C.C. 1.082.950.889

Por haber asistido y aprobado el curso:

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CURSO ONLINE

Realizado en modalidad virtual los días **8 y 9 de Marzo del 2021**,
con una intensidad de **20 horas**.

El curso cumple con lo exigido en la Res. 3100 de 2019
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

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

A.I.S.O.M. LTDA.
ASISTENCIA INTEGRALEN MEDICINA DE TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900260832 – 0

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 09/Dic/2020, **Hora:** 02:19:59 p.m.
Apellido: Macias Valle **Nombre:** Margarita Rosa
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1082950889
Empresa: Particular
Cargo: Medico
Lugar:
Direccion: Cra 19a No 12-22 San Francisco
Telefono: **Celular:** 3045312303 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 72 Kg **Estatura:** 164 Cm **IMC:** 26.7 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Colmena **AFP:** Porvenir

HC: # 61999
Edad: 28 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 09/Feb/1992
Rh: O+

.

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
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

Margarita Rosa Macias Valle
CC 1082950889

Huella Digital

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	**2099 DEL 13 DE DICIEMBRE DEL 2021**
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS DE LA SECRETARIA DE SALUD, DENTRO DE LA OFICINA DE APOYO A LA GESTIÓN, VIGENCIA 2021.
Nombre del Contratante	**DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**
Nombre del Contratista	**MARGARITA ROSA MACIAS VALLE**
N° de identificación del Contratista	**1.082.950.889 de SANTA MARTA**
Valor del Contrato	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L ($4.500.000.oo)**
N° CDP	2693 DEL 16 DE NOVIEMBRE DEL 2021
N° CRP	3633 DEL 13 DE DICIEMBRE DEL 2021
Plazo del Contrato	**HASTA EL 31 DE DICIEMBRE 2021**
Supervisor del Contrato	**HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS**

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS**, con C:C: **N° 8.666.453** expedida en Barranquilla, en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 126 del 24 de abril de 2020** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **MARGARITA ROSA MACIAS VALLE**, identificado (a) con C.C. N° 1.082.950.889 expedida en **Santa Marta, Magdalena**.-, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de **DICIEMBRE** del año **2021.**

HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

MARGARITA ROSA MACIAS VALLE
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que el la Doctora, **MARGARITA ROSA MACIAS VALLE**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.082.950.889** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"**, los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **833** de fecha 01 de Junio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Junio hasta el 30 de Junio de 2017, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
2. No. **904** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2017, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
3. No. **1983** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Septiembre hasta el 30 de Septiembre de 2017, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
4. No. **2600** de fecha 05 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 05 de Octubre hasta el 30 de Noviembre de 2017, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
5. **ADICION Y PRORROGA** No 01 de fecha 29 de Noviembre de 2017 de la orden de prestación de servicio **No. 2600** del 01 al 31 de Diciembre de 2017, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
6. No. **277** de fecha 04 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Enero hasta el 30 de Junio de 2018, por un valor de VEINTIUN MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($21.600.000).
7. No. **1377** de fecha 12 de Julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de Julio al 30 de Septiembre de 2018, por un valor de DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($10.800.000).
8. No. **163** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Junio de 2019, por un valor de VEINTIDÓS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS ($22.896.000).
9. No. **1639** de fecha 02 de Julio de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019, por un valor de QUINCE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS ($15.264.000).
10. No. **2150** de fecha 01 de Noviembre de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).

VIGILADO Supersalud

11. No. **364** de fecha 02 de Enero de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de QUINCE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS ($15.264.000).
12. No. **1627** de fecha 01 de Mayo de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).
13. Mediante acta de suspensión a la orden de prestación de servicios **No. 1627** del 01 de mayo de 2020, en su clausura primera acuerdan **Suspender** temporalmente el plazo de la ejecución de la orden de prestación de servicio, a partir del 25 de junio de 2020.
14. Mediante acta de reinicio a la orden de prestación de servicios **No. 1627** del 01 de mayo de 2020, en su clausura primera acuerdan **Reiniciar** el plazo de ejecución de la orden de prestación de servicios, a partir de la fecha de terminación de la licencia de maternidad, es decir desde el 28 de octubre de 2020.
15. No. **3309** de fecha 01 de Noviembre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre de 2020, por un valor de DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000).
16. No. **564** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Enero hasta el 31 de Marzo de 2021, por un valor de QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO MÉDICO GENERAL DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

VIGILADO Supersalud

Se expide por solicitud de la interesada, a los 05 días del mes de marzo de 2021.

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

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que el la Doctora, **MARGARITA ROSA MACIAS VALLE**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.082.950.889** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"**, los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **833** de fecha 01 de Junio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Junio hasta el 30 de Junio de 2017, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
2. No. **904** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2017, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
3. No. **1983** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Septiembre hasta el 30 de Septiembre de 2017, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
4. No. **2600** de fecha 05 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 05 de Octubre hasta el 30 de Noviembre de 2017, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
5. **ADICION Y PRORROGA** No 01 de fecha 29 de Noviembre de 2017 de la orden de prestación de servicio **No. 2600** del 01 al 31 de Diciembre de 2017, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
6. No. **277** de fecha 04 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Enero hasta el 30 de Junio de 2018, por un valor de VEINTIUN MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($21.600.000).
7. No. **1377** de fecha 12 de Julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de Julio al 30 de Septiembre de 2018, por un valor de DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($10.800.000).
8. No. **163** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Junio de 2019, por un valor de VEINTIDÓS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS ($22.896.000).
9. No. **1639** de fecha 02 de Julio de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019, por un valor de QUINCE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS ($15.264.000).
10. No. **2150** de fecha 01 de Noviembre de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).

VIGILADO Supersalud

11. No. **364** de fecha 02 de Enero de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de QUINCE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS ($15.264.000).
12. No. **1627** de fecha 01 de Mayo de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).
13. Mediante acta de suspensión a la orden de prestación de servicios **No. 1627** del 01 de mayo de 2020, en su clausura primera acuerdan **Suspender** temporalmente el plazo de la ejecución de la orden de prestación de servicio, a partir del 25 de junio de 2020.
14. Mediante acta de reinicio a la orden de prestación de servicios **No. 1627** del 01 de mayo de 2020, en su clausura primera acuerdan **Reiniciar** el plazo de ejecución de la orden de prestación de servicios, a partir de la fecha de terminación de la licencia de maternidad, es decir desde el 28 de octubre de 2020.
15. No. **3309** de fecha 01 de Noviembre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre de 2020, por un valor de DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000).
16. No. **564** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Enero hasta el 31 de Marzo de 2021, por un valor de QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO MÉDICO GENERAL DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

VIGILADO Supersalud

Se expide por solicitud de la interesada, a los 05 días del mes de marzo de 2021.

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

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

MAR CARIBE

COLSALUD S.A. CLINICA MARCARIBE
Nit. 819.002.176-8
Cod. Hab. 470010047601

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE LA COMPAÑÍA COLOMBIANA DE SALUD S.A.

CERTIFICA:

El señor(a) **MARGARITA ROSA MACIAS VALLE,** identificado(a) con Cedula de ciudadanía N° 1.082.950.889, labora en esta empresa, desempeñando el cargo de **MEDICO LABORAL**, desde el 01 de noviembre del 2017, hasta la fecha vigente, mediante contrato individual de trabajo a término fijo inferior a un año, devengando como salario la suma de **DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/L ($2.484.000).**

Esta certificación se emite en la ciudad de Santa Marta, a los doce (12) días del mes de marzo del año 2021, a solicitud del interesado. Con destino a **PROMEDICO.**

Atentamente,

Liliana De La Rosa A
LILIANA DE LA ROSA A
Jefe de Talento Humano.
COLSALUD S.A. Clínica Marcaribe.

Elaborado por: Kelly06
Kelly Olivarez Guerrero
Auxiliar de Recursos Humanos

EL TESORERO DE LA E.S.E. HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" DE GUAMAL MAGDALENA, CON FUNCIONES DE COORDINACIÓN DE TALENTO HUMANO

CERTIICA:

Que la Doctora **MARGARITA ROSA MACÍAS VALLE,** identificada con cédula de ciudadanía N° 1.082.950.889, expedida en Santa Marta, Magdalena, estuvo vinculada a la E.S.E. Hospital "Nuestra Señora del Carmen", de Guamal, Magdalena, prestando sus servicios profesionales como Médico General, para la ejecución y desarrollo de procesos integrales en Salud de esta entidad hospitalaria, desde el 02 de Enero de 2017 hasta el 31 de Mayo de 2017, devengando por mes los honorarios de $3.400.000.

Se expide la presente certificación a petición de la interesada, a los 01 días del mes de Diciembre de 2017.

BEKEMBER CÁRDENAS VIADERO
Tesorero con funciones de
Coordinación 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 1082950889 **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 19/09/2023 10:11 AM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HEPATITIS B HEPAVAX GENE®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a	ENERO 27/09		
	2a	FEBRERO 26/09		
	3a	MARZO 27/09		

HEPATITIS A EPAXAL®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

INFLUENZA AGRIPPAL® S1	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA VARICELLA VACCINE GCVC®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA

CARNET DE VACUNACIÓN



Nombre	Margarita Macias
Dirección	
Teléfono	
H.C.	
Entidad Vacunadora	

Tipo de declaración	OTRO	Fecha de publicación	2022-12-11 20:26

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARGARITA	ROSA	MACIAS	VALLE

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1082950889

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
Colombia	Magdalena	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
Colombia	Magdalena	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
Colombia	Magdalena	SANTA MARTA

Dirección	
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	$32.400.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$2.700.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$54.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$89.100.000,00

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	$4.200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	Colombia	Magdalena	SANTA MARTA	$84.000.000,00
INMUEBLE	Colombia	Magdalena	SANTA MARTA	$315.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO DE VIVIENDA	$250.000.000,00
PRESTANO	$41.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País
PEDIMAC MEDICINA GENERAL Y PEDIATRICA SAS	JUNTA DIRECTIVA	PRESIDENTE	Colombia

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País
PEDIMAC MEDICINA GENERAL Y PEDIATRICA SAS	SOCIEDAD	SOCIO	Colombia

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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
CONSULTA DOMICILIARIA DE MEDICINA	OCASIONAL

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JORGE	MARIO	CASTAÑO	RANGEL

Tipo documento	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1085096738

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:

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 1082950889
NOMBRES Y APELLIDOS	Macias Valle,Margarita Rosa
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	08/01/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Macias Valle,Margarita Rosa, a los 19 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 Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARGARITA ROSA MACIAS VALLE identificado(a) con C.C No. 1.082.950.889, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de septiembre del 2023.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos															Sexo			
Margarita Rosa Macias Valle															M		F	x

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP		1.082.950.889	Santa Marta	26 de Mayo de 2010

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	x							x	2	x				x

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
09 DD	02 MM	1992 AA	Santa Marta	Carrera 22 #12-15	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
margarita_0902@hotmail.com	304 5312303	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	2	1

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Contratista como médico profesional	Actividades de la práctica médica sin internación

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
	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	Médico profesional

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
E.S.E. Hospital Julio Mendez Barreneche - Cra 14 #23-42	Santa Marta	Alcázares	

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$7.800.000	Total Egresos mensules	$5.000.000
Otros Ingresos Mensules	No	Otros Egresos Mensuales	NO
Total Activos	$320.000.000	Total Pasivos	$260.000.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Dic	Año	2022	Es declarante?	SI	x	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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

Mis actividades laborales como médico profesional

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: actividades como médico profesional y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez



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