REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.300.117**

DE LA HOZ SALAS

APELLIDOS

CELINA RAQUEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAY-1957**

PIVIJAY
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-DIC-1977 PIVIJAY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00712178-F-0057300117-20150602 **00443**880 8A 1 30044002

Escaneado con CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57300117**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57300117	CELINA	DE LA HOZ	CELINA	RAQUEL	2023-09-08, 11:26 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS

CODIGO: GJC18F
VERSION: 02
FECHA DE ULTIMA REVISION: 07/09/2023
PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) Celina Raquel De la Hoz Solas identificado con C.C./C.E./P.P No. 57300117 expedida en Riohacha, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 08 del mes de septiembre de 2023.

Firma Celina De la Hoz
Nombre Celina Raquel De la Hoz Solas
Cédula 57 300117 Riohacha

COPIA CONTROLADA

Powered by

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	Enfermera
Título	Sra.
Nombre	Celina Raque
Apellidos	De La Hoz Salas
Fecha de Nacimiento	9/05/1957 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	Celina Raque De La Hoz Salas
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	Número de documento
Dirección	Mz 81 Casa 3 Cuidadela 29julio
Código postal	47001
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	celina-raque@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3135982711
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

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	Celi
SMS para recuperar la contraseña	3135982711

Editar

HUMB	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJG18F VERSION:01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Celina Raquel de la Hoz Solas identificado con C.C./C.E/P.P No. 57300777 expedida en Piviejay 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 JULIOMENDEZ 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_____del mes de Septiembre de 2023.

Firma

Nombre Celina Raquel De la Hoz Solas.

Cédula 57300777 Pivijay.

Powered by CamScanner

D.T.C.H SANTA MARTA SEPTIEMBRE DEL 2023

Doctor

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Ciudad

Cordial Saludo

A solicitud de su respetada institución yo Celina Raquel De la Hoz Salas.
identificado con C.C No. s7300777 de Pivijay.
le solicito a usted dejarme ingresar como Enfermera. dentro
del área de Psiquiatria espero reunir las condiciones
necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

s7300777 de Pivijay

Powered by CamScanner

DIAN
MÁS QUE UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14445330848

(415)7707212489984(8020) 000001444533084 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 7 3 0 0 1 1 7	8	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 7 3 0 0 1 1 7	1 9 7 7 1 2 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Pivijay 5 5 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DE LA HOZ	SALAS	CELINA	RAQUEL

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: MZ 81 CA 3 BRR VEINTINUEVE DE JULIO

42. Correo electrónico: celina-raque@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 3 0 1 1 5 8	3 1 2 6 7 2 3 7 8 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 1 1 0 1 1					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2017 - 12 - 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON
985. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 08-09-2023 03:55:30PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

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
de la Hoz	Salas	Celina Raquel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57300117 — 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 05 AÑO 1957

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: CHIVOLO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

mz 81 c3 ciudadela 29 de julio

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3126723780 EMAIL: celina-raque@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	1978
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X			12	1986	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Seminario	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES EN PREOPERATORIO	01	4000
Diplomados	CENTRO EDUCATIVO DEL CARIBE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	DIPLOMADO EN GERENCIA EMPRESARIAL HOSPITALARIA	01	4000
Taller	SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	TALLER SOBRE BENEFICIOS Y VENTAJAS DE LA LACATANCIA MATERNA Y LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	01	4000
Seminario	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	NOTAS DE ENFERMERIA SU IMPORTANCIA E IMPLOCACIONES LEGALES, HUMANIZACION Y BALANCE DE LIQUIDOS	01	4000

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*
Cursos	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SERVICIO AL CLIENTE	01	4000
Taller	SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	TALLER PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA IAMII - AIEPI CLINICO	10	2013
Simposios	SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	IV SIMPOSIO DE CARDIOLOGIA DE SANTA MARTA	09	2005

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3135982711	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AREA PSIQUIATRIA	- CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HUJMB	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	CALLE 23 KRA 14 ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HUJMB	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA	REQUIERE CORRECCION	

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HUJMB			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año* 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO(A)	*DEPENDENCIA* REQUIERE CORRECCION						*DIRECCIÓN*				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD RED CARIBE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2010	*Día*	27	*Mes*	10	*Año* 2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVIEFECTIVOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	03	*Mes*	05	*Año*	2010	*Día*	30	*Mes*	09	*Año* 2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	1993	*Día*	09	*Mes*	10	*Año* 2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42				

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	15	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	17	3

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

CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

LA CORPORACION UNIVERSITARIA METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO

CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS

C.C. No. 57.300.117 De Pivijay-Magdalena

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

E N F E R M E R A

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

VICE RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL

ANOTADO AL FOLIO 64 DEL LIBRO 69

DE REGISTRO DE DIPLOMA 3.094

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

CIENCIAS DE LA SALUD

ACTA No. E- 25-246-86

ACTA DE GRADO DE : ENFERMERA

OTORGADO A : CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS
C.C.#.57.300.117 de Pivijay

POR LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

1o. En Barranquilla a los 19 días del mes de diciembre de 1986 en Consejo Directivo, El Rector de la Universidad Metropolitana, su Vice-Rector, Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Odontología, Fisioterapia, Bacteriología, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética y Filosofía y Letras en presencia de su cuerpo docente se reúnen en el Salón de Actos de la Institución para en uso de las facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia otorgar grado académico al Alumno del Programa de ENFERMERIA.

2o. Después de la toma de juramento el señor Rector entregó el Diploma de ENFERMERA que dice así :

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL ,LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA COLOMBIA HABIENDO SIDO COMPLETADO POR NUESTRO ALUMNO :

CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE ENFERMERA EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDA METROPOLITANA.

3o. Dadas felicitaciones a los graduados se dió por clausurado el acto de grado a las [illegible] del 19 de diciembre de 1986.

EDUARDO ACOSTA BENDEK
Rector

JESUS SAEZ DE IBARRA
Vice-Rector

ALBA LLINAS DE REYES
Directora Programa de Enfermería

Universidad del Magdalena

CAPACITACIÓN "ACTUALIZACIÓN CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL"

Certifica que:

Celina de la Hoz

Ha participado en calidad de asistente en la CAPACITACION ACTUALIZACION DE CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL con una intensidad de 24 horas, que se llevó a cabo del 3 al 29 de noviembre de 2015 en el hospital Fernando Troconis, Santa Marta D.T.C.H.- Colombia.

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ
Directora del programa de Enfermería
Universidad del Magdalena

TATIANA GONZALES PACHECO
Docente asociada Universidad del Magdalena

República de Colombia
Departamento de Antioquia

POLITECNICO MAYOR
Agencia Celsiana de Servicio y Educación

cencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.
Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811029476-0.

HACE CONSTAR QUE:

CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS

con documento de identidad C.C. 57300117

Cursó y aprobó

DIPLOMADO EN ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas Nº. 040
Medellín, 8 de noviembre de 2020.

MAYKEL BARRAGÁN AMAYA
Rector

Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a http://virtual.politecnicomayor.edu.co, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: SWRJJT

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

CELINA DE LA HOZ

Asistió y aprobó a la capacitación de urgencias psiquiatritas y administración de medicamentos, los días 13, 18, 25, 26, de mayo de 2010 con una intensidad horario de 24 horas.

EDILTRUDIS RAMOS
MG.Directora del programa de Enfermería Universidad Del Magdalena

TATIANA GONZALEZ
MG. Y Especialista en salud mental y psiquiatría

EVIDIA GAMBOA
Coordinadora Grupo Funcional de Enfermería HUFT

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.300.117, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los primeros (07) días del mes de Agosto del año dos mil veintitres (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número 531

16 ENE 1989

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS con cédula de ciudadanía número 57.300.117 de PIVIJAY(MAGD) ha solicitado el registro de su TITULO

De ENFERMERA

Que le otorgó LA CORPORACION UNIVERSITARIA METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

El 19 DE DICIEMBRE DE 1.986

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de ATLANTICO

Al folio 44 del Libro 59 de 15 DE DICIEMBRE DE 1.980

Que CUMPLIO EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN LA SECCIONAL DE SALUD DEL ATLANTICO

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS

para ejercer la profesión de ENFERMERA

en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

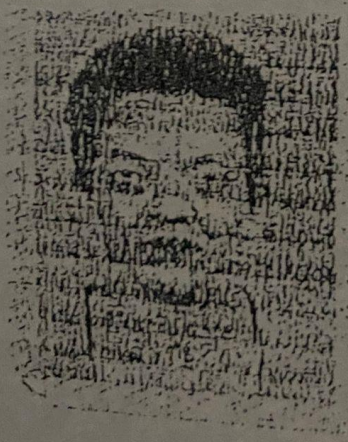
Por el Ministro de Salud,

GABRIEL PONTON LAVERDE
Director Vigilancia y Control

GUSTAVO RUBIO Q
Jefe Sección Profesiones (E)

SFG

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de C
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(



REGISTRADO

NOMBRE CELINA RAQUEL DE LA

C.C. 57.300.117 PIVIJAY

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

RUN No. 06862
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 24/FEB/2003

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS

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

5392

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-09-08→12:41:32 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57300117	CELINA	RAQUEL	DE LA HOZ	SALAS	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) CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS identificado(a) con CC 57300117 registra La siguiente información:

2023-09-08→12:41:32 PM

Información Académica

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

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

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225329-2018

CERTIFICA QUE:

CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS

C.C. N° 57300117

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

ENTHA

Centro Internación De Entrenamiento
En Emergencias Y Urgencias.

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN
PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

CERTIFICA QUE

CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS
I.D. N° 57300117

CURSÓ Y APROBÓ EL

Curso de Soporte Vital Cardiopulmonar Básico (BLS) Para Profesionales en Salud.

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capitulo y numeral 8 del ministerio de educación nacional. Bajo los parámetros establecidos por I.L.C.O.R, American Heart Association y European Resuscitation Council 2020-2025 y según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 18 De Marzo De 2022

Con una intensidad horaria de 24 horas academicas

REG:
6ea3e9c575787352

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS

ENTHA

www.enthaltda.com.co

ENTHA

Centro Internación De Entrenamiento
En Emergencias Y Urgencias

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN
PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

CERTIFICA QUE

CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS
I.D. N° 57300117

CURSÓ Y APROBÓ EL

Curso de Soporte Vital Cardiopulmonar Avanzado (ACLS) para Profesionales en Salud.

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capitulo y numeral 8 del ministerio de educación nacional. Bajo los parámetros establecidos por I.L.C.O.R, American Heart Association y European Resuscitation Council 2020-2025 y según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 18 De Marzo De 2022

Con una intensidad horaria de 24 horas academicas

REG:
69b8a7a845492e0b

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA

MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA

MD. DR JIMMY LARIOS HELENO

ENTHA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA ACASS

FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO CIENTÍFICO Y CULTURAL DE COLOMBIA

Nit.: 802.011.300 - 1

FUNTEC

C E R T I F I C A Q U E :

CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS

C.C. No. 57430873

REALIZÓ Y APROBÓ

EL CURSO DE MANEJO INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Desarrollado los días 16 y 17 de Febrero del 2023, con un intensidad horaria de 40 horas - Modalidad Semipresencial

CIELO CRESPO ESCORCIA
Directora

PIEDAD MARIA CRESPO E.
Coordinadora General

Dado en Barranquilla-Atl., los Diecisiete (17) días del mes de Febrero del 2023
Este diploma es válido Por dos (2) años a partir de la fecha de expedición
Nota legal: Prohibido el cambio del total o parcial del texto del presente diploma, pena de las implicaciones legales.

FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO CIENTÍFICO Y CULTURAL DE COLOMBIA

Nit.: 802.011.300 - 1

FUNTEC

C E R T I F I C A Q U E:

CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS

C.C. No. 57430873

REALIZÓ Y APROBÓ

EL CURSO DE MANEJO DEL DUELO

Desarrollado los días 14 y 15 de Febrero del 2023, con un intensidad horaria de 40 horas - Modalidad Semipresencial

CIELO CRESPO ESCORCIA
Directora

PIEDAD MARIA CRESPO E.
Coordinadora General

Dado en Barranquilla-AR, a los Quince (15) días del mes de Febrero del 2023
Este diploma es válido Por dos (2) años a partir de la fecha de expedición
Nota legal Prohibido el cambio del total o parcial del texto del presente diploma, para de las implicaciones legales.

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



Fecha: 14/Dic/2022, **Hora:** 05:13:30 p.m.
HC: # 75615
Apellido: De La Hoz Salas **Nombre:** Celina Raquel
Edad: 65 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 57300117
Sexo: Femenino ♀
Empresa: Particular
Nacim: 09/May/1957
Cargo: Enfermera
Rh: O+
Direccion: Mz 81 Casa 3 Ciudadela
Telefono: **Celular:** 3135982711 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 56 Kg **Estatura:** 150 Cm **IMC:** 24.8 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

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

Celina Raquel De La Hoz Salas
CC 57300117

Huella
Digital

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT. 900.244.798-1

A QUIEN INTERESE:

Certificamos que el señor(A) CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS identificado(a) con cedula de ciudadanía numero 57.300.117 de Santa Marta(Magdalena) , presta sus servicios por medio de nuestra Cooperativa de Trabajo Asociado "REDCARIBE CTA", en la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS, desde el 01 de Octubre 2010 hasta la fecha; desempeñando el cargo de JEFE DE ENFERMERÍA con una compensación mensual de 1.170. 000 (UN MILLON CIENTO SENTENTA MIL PESOS).

Se expide la presente certificación a petición del interesado el día 11 De Octubre 2011

Atentamente,

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT. 900.244.798-1

NACIRA BARRANCO MIRANDA
Dpto. Recursos Humanos

Cra. 50 No. 75 - 20 Of.: 202 Tel.: 3689786 - 3524935 Barranquilla - Colombia
Calle 167 No. 62-55 Tel.: 3686992 Bogotá D.C.

E.S.E HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE
"EN LIQUIDACION"
NIT: 800.103.471- 0

EL SUSCRITO CONTRATISTA DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR:

Que la señora CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS, identificada con la cedula de ciudadanía. No. 57.310.117 de Pivijay (Magdalena). laboró en el Subsector Oficial Salud.

Ingreso a la E.S.E. Hospital Central "Julio Méndez Barreneche" de Santa Marta, el 01 de mayo de 1993 hasta el 07 de octubre de 2005, se desempeñó en el cargo de ENFERMERA.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, en Santa Marta a los 09 días del mes de octubre de 2006.

Atentamente.

JUAN FEDERICO BATEMAN ZUÑIGA
Contratista

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 57300117 **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 05:03 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampion Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	08-07-19	JSA93	MBF V.
Otras				

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Celina Raquel

Apellidos: De la Hoz Simanca

Documento de identidad: CC TI Pasaporte No 57300117

Fecha de Nacimiento: Día 09 Mes 05 Año 1971

FUNCIÓN PÚBLICA

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-15 13:46

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CELINA	RAQUEL	DE LA HOZ	SALAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57300117

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	HUJMB

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	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	$31.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$31.200.000,00

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	$31.200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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:

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 57300117
NOMBRES Y APELLIDOS	De La Hoz Salas Celina Raquel
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de De La Hoz Salas Celina Raquel, a los 07 días del mes de agosto del año2023.

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

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:

CELINA RAQUEL DE LA HOZ SALAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.300.117**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

HUMB 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

CELINA RAQUEL DE LA HOZ														Sexo			
														F	X		

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	57300117	PIVIJAY MAGDALENA	22/12/1977

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X								x	1	X				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
9	5	1957	PIVIJAY MAGDALENA	MANZANA 81 CASA 3 CIUDADELA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
CELINA-RAQUE@HOTMAIL.COM	3135982711	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Enfermera	Enfermera

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
E.S.E HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
KRA 14 #23-12	SANTA MARTA	ALCACERES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

2,800,000		Total Egresos mensules	2,000,000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante? SI		NO	X

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

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:

SALARIO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

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

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

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

5. FIRMA Y HUELLA

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

Powered by CamScanner