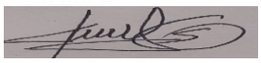
En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO, Identificado con Cédula No. 1082951298 de santa marta y Profesión AUXILIAR ENFERMERA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** 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	X	
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	X	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)	X	
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**	X	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual**).	X	
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	X	
15	Tarjeta Profesional		X
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		X
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial).**	X	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.	X	
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías*.	X	
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).	X	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	X	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.082.951.298
CASTELLANO SOTO
APELLIDOS
JOSE DE JESUS
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1992
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O- M
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-JUN-2010 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-2100100-00256834-M-1082951298-20100922 0024039117A 1 34306028

Pantalla Principal

personas naturales

Persona Jurídica

Ingrese el número de identificación

Verificar Registro

Ha buscado el número de identificación: 1082951298

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082951298	CASTELLANO	SOTO	JOSÉ	DE JESÚS	2023-09-07, 22:47

| # | No Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |

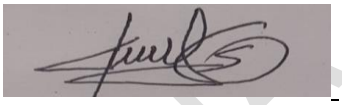
2	1082951298	CASTELLANO	SOTO	JOSÉ	DE JESÚS	2023-09-08, 8:39 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) **JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO** identificado con **C.C./C.E./P.P No.1082951298** 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 07 del mes de septiembre de 2023.

Firma 

Nombre: JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO

Cédula: 1082951298 SANTA MARTA

COPIA CONTROLADA


9:41
66%
secop.gov.co/CO1Mar
Homepage
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Suscripciones
En edición
Adjudicaciones pendientes
Invitaciones directas
Nuevos Informes
Mensajes
Sugerencias SECOP
Mantenimiento en
SECOP II
Desde
Sábado 5 de agosto a las 00:01 a.m
Hasta
Sábado 5 de agosto a las 11:59 p.m
Durante este tiempo la plataforma no estará disponible pero la información y los datos se conservarán seguros en la nube pública.
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Ya está asociado a una empresa
Mensaje
Sin mensajes...
Más información
Sin oportunidades
Más información
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

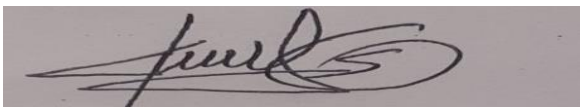
D.T.C.H. de Santa Marta, Septiembre 07 2023

Doctor
GERMAN VARGAS MOSQUERA
Gerente
E.S.E Hospital UniversitarioJulio Méndez Barreneche
Ciudad. -

Cordial saludo:

A solicitud de su respetada institución, yo JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO, Identificada con la C.C No 1082951298 de Santa Marta, le solicito a usted me permita ingresar como **Auxiliar de Enfermera,** dentro del área de Psiquiatría. Espero reunir lascondiciones necearías para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,



JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO

C.C No 1082951298 de Santa Marta

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1082951298

APELLIDOS Y NOMBRES
CASTELLANO SOTO
JOSE DE JESUS

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1ª LINEA	2ª LINEA	3ª LINEA
31 - DIC	31 - DIC	31 - DIC
2011	2021	2031

PROFESION BACHILLER

FECHA DE EXP.: 16-JUL-2011

Capitan
Diego Narvaez Rosero
CMTE. DE DISTRITO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14821924821

(415)7707212489984(8020) 000001482192482 1

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

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
CASTELLANO	SOTO	JOSE	DE JESUS

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 D CA 10 URB TAMACA

42. Correo electrónico: josekastellano@gmail.com

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

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
4 6 4 1	2 0 2 2 0 3 1 8							

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										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 2022 - 04 - 05 / 14 : 25: 14

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 CASTELLANO SOTO JOSE DE JESUS
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
C.C ◯ C.E ◯ PAS ◯ No. _____

SEXO
F ◯ M ◯

NACIONALIDAD *PAÍS*
COL. ◯ EXTRANJERO ◯ _____

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]
PAÍS _____
DEPTO _____
MUNICIPIO _____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
_____
PAÍS _____ DEPTO _____
MUNICIPIO _____
TELÉFONO _____ EMAIL _____

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:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES [ ] AÑO [ ]

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Jose de Jesus Castellano Soto

Jose de Jesus Castellano Soto
c.c. 1.082.951.298 de Santa Marta
Santa Marta – Magdalena

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA
NIT: **900223619-0**

Reg. EN02303359-2021

CERTIFICA QUE:
JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO
CC. 1.082.951.298

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

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. SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 25 NOVIEMBRE DEL 2019. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 10 DE MARZO 2021.

CARLOS A. RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

Jose de Jesus Castellano Soto

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

Certifica que:

JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO

Asistió al Seminario de:

ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

SANTA MARTA 21 DE Octubre DE 2011 INTENSIDAD: 3 horas

LIC. CARLOS GONZALEZ GUTIERREZ
Director

LIC. ALEXA DIAZ GRANADOS PEREA
Conferencista

Jose de Jesus Castellano Soto

Jose de Jesus Castellano Soto
c.c. 1.082.951.298 de Santa Marta
Santa Marta – Magdalena

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA
NIT: **900223619-0**

Reg. EN02303359-2021

CERTIFICA QUE:
JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO
CC. 1.082.951.298

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

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. SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 25 NOVIEMBRE DEL 2019. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 10 DE MARZO 2021.

CARLOS A. RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

Jose de Jesus Castellano Soto

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

Certifica que:

JOSE CASTELLANO SOTO

Asistió al Seminario de:

SALUD PÚBLICA EN SANTA MARTA

SANTA MARTA 20 DE Abril DE 2012 INTENSIDAD 80 Horas

LIC. CARLOS GONZALEZ GUITERREZ
Director

LIC. PATRICIA PARDO SEGRERA
Coordinadora

Jose de Jesus Castellano Soto

CIES

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA PARTICIPACIÓN DE:

JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO

CEDULA DE CIUDADANIA. CC, 1.062.951.298

APROBÓ EL CURSO DE:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA FARMACODEPENDENCIA

Con una intensidad horaria de 48 Horas

Realizado en Santa Marta. los días 4. 5 y 6 de Abril del 2018

Firma del Instructor

Mónica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Código de verificación: FDEP2018-101

Jose de Jesus Castellano Soto

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 0 8 9 4
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.951.298, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TECNICO LABORAL, otorgado por **LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA "CETECOS"** de SANTA MARTA - MAGDALENA según Acta de Certificados No. 4638 del día 22 de Diciembre de 2012.

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.951.298, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Título o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

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

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LOPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado por: Piedad De la Hoz Orozco- Profesional Universitario

RESPETO POR EL MAGDALENA

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
6946

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-05-15 --9:57:37 AM -2023-05-15 --10:18:31 AM -2023-05-15 --10:32:01 AM -2023-05-15 --10:46:26 AM -2023-05-15 --10:59:54 AM -2023-05-15 --11:17:48 AM -2023-05-15 --12:24:01 PM -2023-05-15 --12:52:31 PM -2023-05-15 --1:10:02 PM -2023-05-15 --1:20:33 PM -2023-05-15 --1:29:18 PM -2023-05-15 --1:38:24 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1082951298	JOSE	DE JESUS	CASTELLANO	SOTO	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) JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO identificado(a) con CC 1082951298 registra La siguiente información:

2023-05-15 --1:38:24 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2013-02-15	470894	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGtwznDVmxnffFQsPfvhxRhZfdG?projector=1&messagePartId=0.9

7/9/23, 21:05

DOC-20230705-WA0041_230907_140335_25.jpg

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO

C.C. 1.082.951.298

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 03 DE ENERO DEL 2022

DURACIÓN 40 HORAS

Según Resolución 0459 del 2012,

Resolución 3100/2019 **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021**

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

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

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

DE RENOVACION ENERO 2024

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...
EA NACIONAL 310 7451759
STION NACIONAL 311 2842535

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombian

1/1

https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGtwznDVmxnffFQsPfvhxRhZfdG?projector=1&messagePartId=0.9

7/9/23, 21:06

DOC-20230705-WA0041_230907_140335_26.jpg

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO

C.C. 1.082.951.298

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)"

"REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 03 DE ENERO DEL 2022
DURACIÓN 20 HORAS.
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)
PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021**

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

FECHA DE RENOVACION ENERO 2024

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

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

1/1


FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1
Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.
Certifica
José De Jesús Castellano soto
CC 1082951298 De Santa Marta - Magdalena
Realizó y aprobó el Curso en Manejo del dolor en cuidados paliativos ley 1733 de 2014
con un total de 100 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


IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD
NIT 901.513.529-4
Certifica que:
JOSÉ DE JESÚS CASTELLANO SOTO
IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1082951298
Asistió al Curso de:
GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)
Con una intensidad horaria de 45 Horas
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 9 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL
IMAVSS
Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500


FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1
Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.
Certifica
José De Jesús Castellano soto
Cc1082951298 de santa Marta - Magdalena
Realizó y aprobó el Curso de competencias esenciales para el cuidado del donante con un total de 60 Horas.
Fecha de emisión: 2023-06-04
Fecha de vencimiento: 2025-06-04
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

https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGtwznDVmxnffFQsPfvhxRhZfdG?projector=1&messagePartId=0.9

7/9/23, 21:04

DOC-20230705-WA0041_230907_140335_30.jpg

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO

C.C. 1.082.951.298

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 03 DE ENERO DEL 2022

DURACIÓN 08 HORAS.

TEMARIO: PROTOCOLO PARA RESPONDER ANTE EMERGENCIAS, PRIMER RESPONDIENTE A INCIDENTES CON SUSTANCIAS Y/O AGENTES QUÍMICOS, VALORACIÓN PRIMARIA Y SEGUNDARIA PARA INCIDENTES CON ATAQUES QUÍMICOS, SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN CON SUSTANCIAS PELIGROSAS, MANEJO DE LAS 10 SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE CONSTITUYEN UNA PREOCUPACIÓN PARA LA SALUD PUBLICA SEGÚN LA OMS, ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS, PROTOCOLO DE SEGURIDAD Y BIOSEGURIDAD EN EL MANEJO DE VICTIMA POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, ATENCIÓN VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA MÉDICA.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No 10316 de 09/07/2021.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

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

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

FECHA RENOVACION ENERO 2024.

Cel. 3107451759

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

1/1

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SANTAMARTA	DIRECCIÓN	CARRERA 19 N° 23 - 65 BARRIO LOS NARANJOS
TELÉFONO	4358314	EMAIL	santamarta@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-01-04	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO		Identificación CC	Nro	1082951298
Fecha de Nacimiento	1992-02-28	Edad	29	Sexo	M
Empresa	PARTICULAR/SANTAMARTA				
Cargo	AUX DE ENFERMERIA				
Fecha Ingreso	2022-01-04 11:42:50	Fecha Salida	2022-01-04 11:44:10		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI Observaciones: DIETA, EJERCICIO SUPERVISADO.
VALORACION EPS	SI Observaciones: NUTRICIONISTA.
OTRAS:	NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fuí informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

TEUGNO ALBERTO BARLOA QUINTANA
RM: 1052072291
Firma y sello del medico

JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO
CC 1082951298
Firma del trabajador

SU EMPLEO FORTUNO S.A.S

NIT. 900376475-3

A QUIEN INTERESE:

Hacemos constar que el(a) señor(a) **CASTELLANO SOTO JOSE DE JESUS,** identificado (a) con cédula de ciudadanía N° **1082951298** laboró en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que duró la obra o labor determinada en nuestra empresa cliente **CLINICA LA MILAGROSA S.A.** Como trabajador(a) en misión desde el 14 de noviembre de 2018 hasta el 23 de noviembre de 2019

Devengo un salario básico mensual **$902.646.oo**

Desempeño el cargo de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Se expide la siguiente certificación el 23 de noviembre de 2019.

Atentamente,

Yaneth Tovar S.

YANETH TOVAR SIERRA
Representante Legal

CENTRO EMPRESARIAL CALLE 75 NO. 59 – 36 OF 3C – Teléfono PBX 3854013
Barranquilla - Colombia

Sembrando Esperanza

UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL SEMBRANDO ESPERANZA S.A.S
NIT: 901133091-1

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que el señor (a) **JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO** identificado con cédula de ciudadanía No. **CC ,1082951298** de Santa Marta, labora en esta empresa desde el 16 de septiembre DEL 2019 de Hasta la fecha desempeñando el cargo COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el cual a desempeño un excelente rendimiento laboral y responsable cumpliendo con los estándares de calidad de nuestra empresa en cuanto puntualidad y desempeño y disciplina.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los (15) días del mes de Diciembre de 2021.

Atentamente,

OLGA LUZ CARRILLO MINDIOLA
GERENTE GENERAL.
Cel: 3205989171

Carrera 21 No. 15 – 99 Barrio el Jardín - Sede Principal
Contacto: 3205989171 / admon.sembrandoesperanza@gmail.com
Santa Marta D.T.C.H. -Colombia

Jose de Jesus Castellano Soto

IPS FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

CENTRO DE ATENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

FUNDACIÓN HOGARES BETHEL

OTORGA A:

JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO

CC1.082.951.298

EL PRESENTE CERTIFICADO POR ASISTENCIA AL

DIPLOMADO EN ATENCIÓN INTEGRAL AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PISOACTIVAS - TERAPEUTA EN FARMACODEPENCIA - CONSEJERÍA E INTERVENCIÓN FAMILIAR - 160 Horas

DADO ALOS 25 DIAS DEL MES DE ABRIL DEL 2020 EN LA CIUDAD DE CIUDAD DE BARRANQUILLA (ATLANTICO)

Ing. Richard Olives Peña
Director

Dr. Sergio Fernandez Orozco
Coordinador

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 1082951298 **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 07/09/2023 03:59 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Jose de Jesus Castellano Soto

Este carne 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

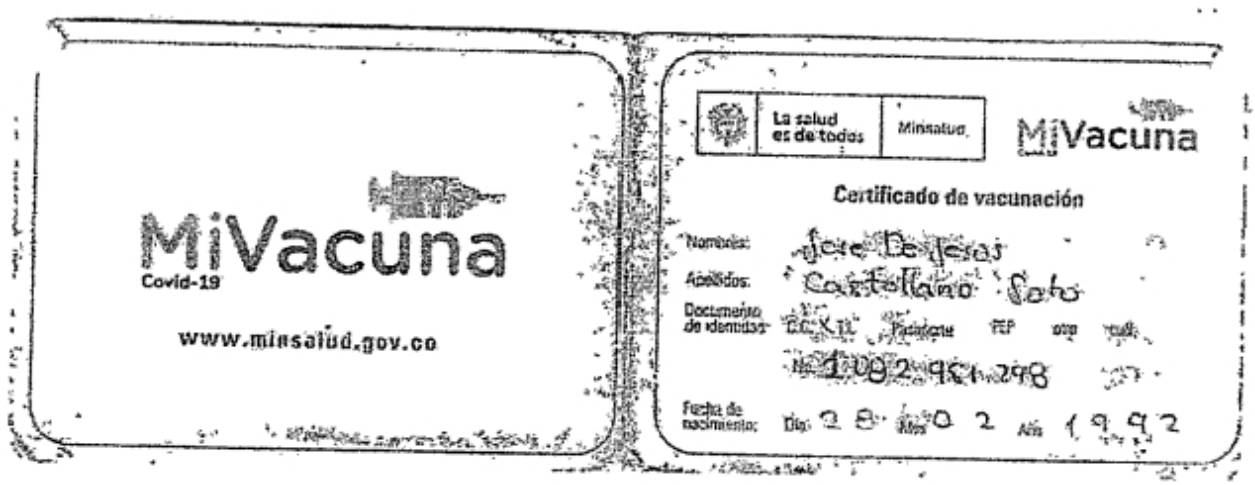
PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jose De Jesus
Apellidos: Castellano Soto
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1062051298
Fecha de Nacimiento: Día 28 Mes 03 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	10/5/19	SERUM D2N7186	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	27/2/12	02429010C	
	2			
	3	02-9-16		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	13-5-12	D45163E	
	2	02-7-16		
	3	20/5/17	D32170001	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	02-9-16	M-5009 YF ETM	
Contra Influenza	1	31/8/16	31/8/16 VSO21809	GRANDES S
	2	05/05/17	VSO28905	GRANDES S
Virus de Papiloma Humano				
Tdap	1	26/10/18	128W1302	



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Jose De Jesus

Apellidos: Castellano Soto

Documento de identidad: CC X | Tarjeta | PEP | otro | cual

No. 1082921298

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 02 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	08-04-21	Pfizer	ER1742	Prevenir la	Maileidis Borges	57462291
	2	29-04-21	Pfizer	ET6921	Prevenir IA	Nicolle Fajardo	1004363485
		Proxima cita	29 Abril 2021				

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	OTRO	Fecha de publicación	2023-02-14 14:31

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOSE	DE JESUS	CASTELLANO	SOTO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082951298

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$1.800.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$1.800.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [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
ROCIO	ESTHER	RAMIREZ	VASQUEZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1082872782

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:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO identificado(a) con CC. 1082951298 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2022/09/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 días del mes de 09 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.951.298**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL PSIQUIATRIA Y REHABILITACIÓN	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo			
JOSE DE JESUS CASTELLANO SOTO	M	X	F	

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082951298	SANTA MARTA	9/06/2010

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		3		X			X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
	SANTA MARTA	MANZANA D CASA 10 URBANIZACION TAMACA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
JOSEKASTELLANO@gmail.com	3244605614	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxiliar Enfermería	Actividades de hospitales y clínicas, con 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
E.S.E HOSPITAL UNIVER JULIO MENDEZ B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 15 No 23-42	SANTA MARTA	LIS ALCÁZARES	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $	Total Egresos mensules $
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total Activos $	Total Pasivos $

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2022	Es declarante?	SI		NO	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:

HONORARIOS

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: ___HONORARIOS_____ 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

Scanned by TapScanner