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

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, **Carmen Isabel Delgado Socarras**, Identificado con Cédula No. **36543712** y Profesión **Auxiliar de Enfermeria** **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.543.712

DELGADO SOCARRAS

APELLIDOS

CARMEN ISABEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-1961

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

31-AGO-1979 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00086361-F-0036543712-20081001 0003965425A 1 4420000452

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **36543712**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36543712	DELGADO	SOCARRAS	CARMEN	ISABEL	09/01/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS identificado con C.C./C.E./P.P No. 36.543.712 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 05 del mes de diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre CARMEN DELGADO SOCARRAS
Cédula 36.543.712

COPIA CONTROLADA

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

editar

información del usuario



Género	Mujer
Carga	
título	Sra.
Nombre	CARMEN ISABEL
Apellidos	DELGADO SOCARRAS
Fecha de nacimiento	16/07/1961 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
numero de documento	36543712
direccion	
codigo postal	
Estrato	2
Ubicación	santamarta
pais	COLOMBIA
Correo electrónico	bobbiegenesis@hotmail.com

Santa Marta, Diciembre de 2023

DOCTOR

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, le solicito a usted me permita ingresar a prestar mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA del hospital, teniendo en cuenta mis iniciativas y habilidades, siendo una persona con la preparación, conciencia y responsabilidad destinada a cumplir una función humanística y social cumpliendo a cabalidad las indicaciones y funciones asignadas por mis superiores, con completa adaptabilidad en ambientes de trabajos y en equipos.

Sin otro motivo en particular, me despido agradeciendo su atención prestada.

Atentamente,

CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS

CC. 36.543.712 de Santa Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14938492169

(415)7707212489984(8020) 000001493849216 9

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

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
DELGADO	SOCARRAS	CARMEN	ISABEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 14 8 74 BRR OBRERO

42. Correo electrónico bobbiegenesis@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 7 0 1 1 0					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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 2023 - 08 - 16 / 18 : 01: 19

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 DELGADO SOCARRAS CARMEN ISABEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Delgado	Socarras	Carmen Isabel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36543712	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 16 MES 07 AÑO 1961	CARRERA 14 N ? 8 - 74 CASA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3145437573	EMAIL	bobbiegenesis@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		AÑO	
										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	10	X			02	2001	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 VIGENTE

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*					
4346262	*Día*	04	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	ASISTENCIA	CARRERA 14 - 23 42 alcazares

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*					
4346262	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA		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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	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 - Diciembre de 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



La República de Colombia
y en su nombre

El Liceo Nacional Celedón de Santa Marta

autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 1480
del 20 de Noviembre de 1941

Confiere a:

Carmen Isabel Delgado Socarra

Identificado con cédula de ciudadanía No. 36.[illegible] de [illegible]

el Título de:

Bachiller Académico

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

El Rector

Liceo Celedon
RECTORIA

Secretario

Santa Marta, 28 de Noviembre de 198[illegible]

Anotado al folio 71 Libro de Registro No. 1 REG. #276

Secretario de Educación

REPUBLICA DE
Departamento de
Sector Educ.

Dado en Santa Marta a [illegible] de MAYO de 198[illegible]

21

3

Resolución
2. hoja

La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital
Según Resolución N° 108 del 18 de Febrero de 1997
Resolución 411 del Septiembre 6 de 2000

En atención a que

CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS

Identificado con T. I. / C. C. 39.543.712 expedida en la ciudad de: Santa Marta (Magdalena)

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación no formal conforme a la norma reglamentada por el decreto 114 de 1.996 artículo 13.

Otorga el Presente Certificado Técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Intensidad Horaria 1800 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta,
El día 23 del mes de Febrero del año 2001 Acta de Grado N° 672

Director (a)

Coordinador Académico

Coordinador Programa

República de Colombia
El Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA"
Certifica

La Aptitud Profesional de:

Carmen Isabel Delgado Socarrás

en el oficio de **Secretaria Médica**

Areas aprobadas

Trámites de Documentos de Salud
Comunicación
Etica y Desarrollo Humano
Técnicas de Oficina
Lenguaje Profesional
Mecanografía

Modo de Formación: **Complementación**

Servicio Nal. de Aprendizaje - SENA
Regional Magdalena

Subgerente Regional

Secretario

Comercial — Centro de Formación
Sta. Mta., 85-08-14 — Ciudad y Fecha
000552 — Registro No

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA

QUE DELGADO SOCARRAS CARMEN ISABEL

APROBO INGLES I

DURACION 60 HORAS

Jefe de Área

CENTRO COMERCIAL
Centro de Formación

Santa Marta (Magd.) 12-08-97
Ciudad y Fecha de Terminación

Registro y Certificación

970465 (31-07-97)
No. y Fecha de Registro

CERTIFICADO DE APROBACION FO - 138 / 10-96

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA

QUE DELGADO SOCARRAS CARMEN ISABEL

APROBO MODULO FORMACION EN SECRETARIADO

(MECANOGRAFIA II)

DURACION 114 HORAS

Jefe de Área

CENTRO COMERCIAL
Centro de Formación

SANTA MARTA(MAGD): 1-07-96
Ciudad y Fecha de Terminación

Registro y Certificación

960532(17-02-97)
No. y Fecha de Registro



REPUBLICA DE COLOMBIA
EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"
ACREDITA

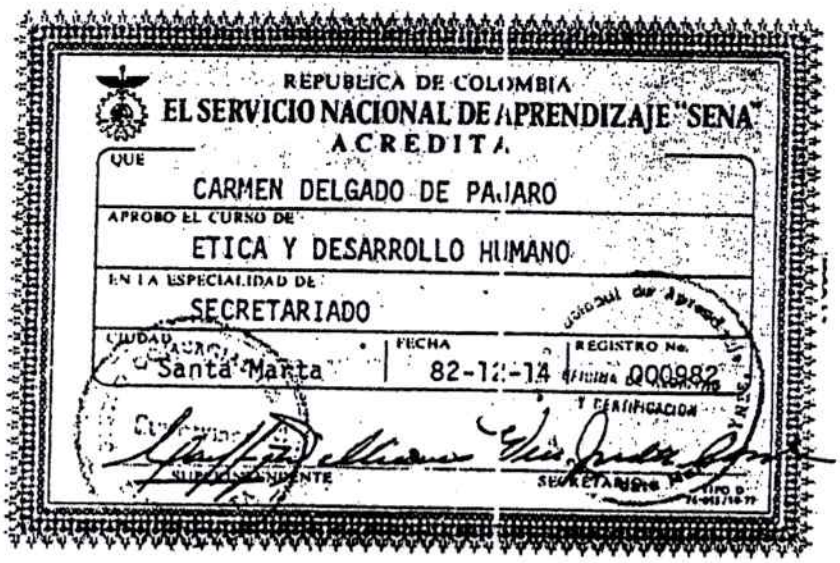
QUE
DELGADO SOCARRAS CARMEN

APROBO EL CURSO DE
MECANOGRAFIA

EN LA ESPECIALIDAD DE
AUXILIAR DE CONTABILIDAD

CIUDAD: SANTA MARTA | FECHA: 06-05-91 | REGISTRO No. 9100129

SUPERINTENDENTE | SECRETARIO



REPUBLICA DE COLOMBIA
EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"
ACREDITA

QUE
CARMEN DELGADO DE PAJARO

APROBO EL CURSO DE
ETICA Y DESARROLLO HUMANO

EN LA ESPECIALIDAD DE
SECRETARIADO

CIUDAD: Santa Marta | FECHA: 82-12-14 | REGISTRO No. 000982

SUPERINTENDENTE | SECRETARIO

Hoja de Vida
Carmen Isabel Delgado Socarras.....

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL CENTRO DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADO

CETECOS

CERTIFICA:

QUE: **CARMEN DELGADO SOCARRAS**

ASISTIO AL SEMINARIO EN

SALUD OCUPACIONAL Y SALUD MENTAL

Santa Marta, Noviembre 4- 5 de 1999

ANA MARIA GARCIA
DIRECTORA

LUVIT BOLAÑOS PACHECO
COORD. PROGRAMA SALUD

REPUBLICA DE COLOMBIA

SENA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
CERTIFICA

QUE DELGADO SOCARRAS CARMEN ISABEL

APROBO INFORMATICA BASICA

DURACION -96- HORAS

Jefe de Area

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SUPERVISOR COMERCIAL REGIONAL MAGDALENA GUAJIRA

Registro y Certificación

Santa Marta (Magd.) 31-03-97
Ciudad y Fecha de Terminación

Comercial
Centro de Formación

970054 (06-05-97)
No. y Fecha de Registro

CERTIFICADO DE APROBACION FS-130/10-26

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Promosalud Ocupacional Ltda

COMITÉ SECCIONAL DE
SALUD OCUPACIONAL DEL MAGDALENA

Certifica que

CARMEN DELGADO

Participo en el seminario dentro de la SEMANA DE LA SALUD OCUPACIONAL 2002 con una intensidad de 8 horas, Santa Marta, julio de 2002

LEOMARA DEL CARMEN GALLO
PRESIDENTE

LEONARDO GUZMAN HINCAPIE
SECRETARIO

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Promosalud Ocupacional Ltda

COMITÉ SECCIONAL DE
SALUD OCUPACIONAL DEL MAGDALENA

Certifica que

CARMEN DELGADO

Participo en el seminario dentro de la SEMANA DE LA SALUD OCUPACIONAL 2002 con una intensidad de 8 horas, Santa Marta, julio de 2002

LEOMARA DEL CARMEN GALLO
PRESIDENTE

LEONARDO GUZMAN HINCAPIE



REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE

CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS

CC.36.54[illegible]712

PARTICIPO EN EL CURSO

CURSO BASICO DE ECONOMIA SOLIDARIA

DURACION 20 HORAS

MARIA T. PINEDO BRUGES

Santa Marta, 25 de Agosto de 2000

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

1430199

MULTISECTORIAL
CENTRO DE FORMACION

FECHA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

CERTIFICA:

Que: CARMEN DELGADO SOCARRAS

ASISTIO AL SEMINARIO DE:

RELACIONES INTERPERSONALES

INTENSIDAD HORARIA: 3 HORAS
Santa Marta, Noviembre 11 de 2000

DRA. ANA MARIA GARCIA
DIRECTORA

ING. JOSE CORRALES ARAUJO
CONFERENCISTA

Hoja de Vida
Carmen Isabel Delgado Socarras.....

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL CENTRO DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADO

CETECOS

CERTIFICA:

QUE: **CARMEN DELGADO SOCARRAS**

ASISTIO AL SEMINARIO EN

SALUD OCUPACIONAL Y SALUD MENTAL

Santa Marta, Noviembre 4-5 de 1999

ANA MARIA GARCIA
DIRECTORA

LUVIT BOLAÑOS PACHECO
COORD. PROGRAMA SALUD

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA

QUE DELGADO SOCARRAS CARMEN ISABEL

APROBO INFORMATICA BASICA

DURACION 98 HORAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SUPERVISOR COMERCIAL REGIONAL MAGDALENA

Jefe de Area

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGISTRO Y CERTIFICACION

Registro y Certificación

Santa Marta (Magd.) 31-08-97
Ciudad y Fecha de Terminación

Comercial
Centro de Formación

970054 (06-05-97)
No. y Fecha de Registro

CERTIFICADO DE APROBACION

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

S.O.S.

Promosalud Ocupacional Ltda

COMITÈ SECCIONAL DE
SALUD OCUPACIONAL DEL MAGDALENA

Certifica que

CARMEN DELGADO

Participo en el seminario dentro de la SEMANA DE LA SALUD OCUPACIONAL 2002 con una intensidad de 8 horas, Santa Marta, julio de 2002

LEOMARA DEL CARMEN GALLO
PRESIDENTE

LEONARDO GUZMAN HINCAPIE
SECRETARIO

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Promosalud Ocupacional Ltda

COMITÉ SECCIONAL DE
SALUD OCUPACIONAL DEL MAGDALENA

Certifica que

CARMEN DELGADO

Participo en el seminario dentro de la SEMANA DE LA SALUD OCUPACIONAL 2002 con una intensidad de 8 horas, Santa Marta, julio de 2002

LEOMARA DEL CARMEN GALLO
PRESIDENTE

LEONARDO GUZMAN HINCAPIE

22

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCION No 47- 0812

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una Institucio de Educación No Formal, en el área de la salud"

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones No 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 13 de1994, emanados del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

1.- Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia ejerc el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de l certificados expedidos por las instituciones de educación no formal. para su debido ejercicio.

2. Que **CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS** con cédula de ciudadanía No 36.543.71 de Santa Marta - Magdalena ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Regist e Inscripción de su certificado como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, que otorgó LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZAD CETECOS, según acta de certificados No. 672 de febrero 23 de 2001.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el certificado como **TECNICO EN AUXILIAR D ENFERMERIA** otorgado a **CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS** con cédula d ciudadanía No 36.543.712 de Santa Marta - Magdalena por LA CORPORACION D ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA CETECOS

PARAGRAFO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a **Carmen Isabel Delgado Socarras** e contenido de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los 24 días del mes de ENE del 2001 2002

MARIO VELASQUEZ LINERO
Secretario de Desarrollo de la Salud

PIEDAD DE LA HOZ OROZCO
Profesional Universitario

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
36543712

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2353

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-10→8:12:41 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36543712	CARMEN	ISABEL	DELGADO	SOCARRAS	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) CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS identificado(a) con CC 36543712 registra La siguiente información:

2023-12-10→8:12:41 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2009-08-25	9043	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).

Gescons S.A.S.
Gestión De Educación Continuada En Salud

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

CERTIFICADO DE ASISTENCIA G0140002878 -36543712

CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS

C.C. No. 36.543.712

CURSO-TALLER

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Cumplió Satisfactoriamente los Requisitos Académicos, Legales y Reglamentarios del Curso Teórico – Práctico. Realizado en el Mes de Septiembre de 2020 con una intensidad de Cuarenta **(40) Horas.**

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

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

Dr. SERGIO ISAZA VILLA
Presidente Federación Médica Colombiana

Dado en Colombia el 27 de Septiembre de 2020.
https://www.federacionmedicacolombiana.com

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRÁS

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 36543712

Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 15 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Marli Esquivel Zambrano
GERENTE

IMAVS
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS

Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRÁS

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 36543712

Asistió al Curso de:

GESTION DEL DUELO (GD)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 15 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Marli Esquivel Zambrano
GERENTE

IMAVS
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS

Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRÁS

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 36543712

Asistió al Curso de:

ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 15 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Marli Esquivel Zambrano
GERENTE

IMAVS
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS

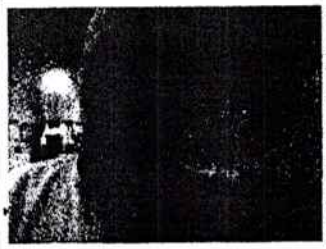
Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

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

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



Fecha: 10/Dic/2020, **Hora:** 02:14:12 p.m.
Apellido: Delgado Socarras **Nombre:** Carmen Isabel
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36543712
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Lugar:
Direccion: Kra 14 #8-74
Telefono: **Celular:** 3008340863 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 83 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 30.4 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Colmena **AFP:** Proteccion

HC: # 62091
Edad: 59 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 16/Jul/1961
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Con Recomendaciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Control Eps
Ejercicio Regular
Continuar Manejo Medico
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente

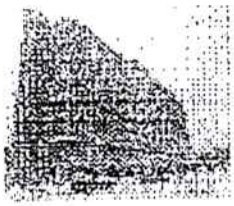
Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19
Valoracion `por Medicina Laboral Con Su Eps/.

Observaciones

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

Carmen Isabel Delgado Socarras
CC 36543712

Hue
Digi



DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
E.S.E. HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE
SECCION HOSPITALIZACION

LA SUSCRITA ENFERMERA DE LA SECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

CERTIFICA :

Que la auxiliar de enfermería **CARMEN DELGADO SOCARRAS,** identificada con la cédula de ciudadanía **No.36.543.712** expedida en Santa Marta, laboró en esta institución en todos los servicios, haciendo turnos en CAMAS ADICIONALES durante el tiempo comprendido del 05 al 28 de Junio/02.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada a los Diecinueve (19) dias del mes de Junio del año dos mil dos (2002).

GRACIELA BASTIDAS CUELLO
Enfermera Sección Hospitalización.

15

HERES SALUD E.U.
NIT: 819 004 134 - 8

Somos Tu Luz de Esperanza !

Atención Médica Integral - Medicina Interna - Cardiología
Sicología - Nutrición - Trabajo Social - Laboratorio Clínico
Enfermería - Atención a Domicilio.

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE HERES SALUD E.U., POR SOLICITUD DE PARTE INTERESADA

CERTIFICA:

Que la Señora **CARMEN DELGADO SOCARRAS**, Identificada con Cedula de Ciudadanía No. 36,543.712 expedida en Santa Marta, esta vinculada en nuestra entidad en calidad de Auxiliar de Enfermería, por Eventos desde Agosto 23 de 2004 hasta la presente; demostrando ser una persona responsable, honesta y cumplidora de su deber.

En constancia de lo anterior, se expide en la ciudad de Santa Marta –Departamento del Magdalena – Colombia, a los Quince (15) días del mes de Junio del Dos Mil Cinco (2005).

HERNANDO ESTRADA PACHECO
Representante Legal

Magreth P.

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
E.S.E. HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE
SECCION HOSPITALIZACION

LA SUSCRITA ENFERMERA DE LA SECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

CERTIFICA :

Que la auxiliar de enfermería **CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS,** identificada con la cédula ciudadanía **No. 36.543.712** expedida en Santa Marta (Magdalena), realizó prácticas de inducción en esta Institución, en el período comprendido del 04 de Febrero/02 al 04 de Mayo/02, tiempo en el cual mostró mucho interés por su aprendizaje y buen comportamiento.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesada a los Diecinueve (19) días del mes de Junio del año 2002.

GRACIELA BASTIDAS CUELLO
Enfermera Sección Hospitalización

mcl

Cruz Roja Colombiana

EL COORDINADOR LOCAL DEL PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD DE LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL MAGDALENA

CERTIFICA QUE:

La señora **CARMEN ISABEL DELGADO DE SOCARRAS,** identificada con la cédula de ciudadanía No.36.543.712 de Santa Marta laboró en esta institución desempeñando el cargo de Vacunadora del Programa Atención Primaria en Salud desde el 26 de Agosto del 2002 al 31 de Diciembre del 2002.

Durante su permanencia demostró respeto a sus superiores, honestidad y responsabilidad en el cumplimiento de sus deberes.

Para constancia se firma la presente en Santa Marta, a los 28 días del mes de Enero de 2003.

CARLOS ALBERTO BERMUDEZ
Coordinador Programa Atención Primaria en Salud
Cruz Roja Seccional Magdalena

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 36543712 **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 10/12/2023 10:04 AM

Código Verificación: **39LYRDAHTC**

Válida hasta: **09/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Carmen Isabel

Apellidos: Delgado Soccarras.

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 38549712.

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 07 Año 1962

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	20-12-19	13m07	EV60 Le.
Fiebre Amarilla	Única	20-12-14	P3m80	Cruz Roja C.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	3-06	EU40703	Hilagro
	2	4/08/08	EU40703	C. Euge
	3	18/12/19	EU40482	C. Jaime L.
	4	20-12-10	2333X004AE	Cruz Roja Co
	5			
TdaP acelular	1	07/05	108 034050031	
	2	07/06/08	035403	
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	01/24/04	533267272	10ml
	2	23/01/10	037062	Hum
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	28/07/07	09482	Mu Lab
		16/10/19	U802108	Sanofi
Otras				
Neumococo		18/01/18	01165	Merck

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	18-5-2020	V50022000	6 Jay Pauls
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.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Carmen · Isabel ·

Apellidos: Delgado · Socarras ·

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 36543712

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 07 Año 1961

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-02-08 14:20

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARMEN	ISABEL	DELGADO	SOCARRAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36543712

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	$19.500.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$19.500.000,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$17.500.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Bogotá, Diciembre / 5 de 2023

Señor (a): CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS
CC. 36543712
CR 14 NO 8 74 OBRERO
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Agosto / 30 de 2002, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DELGADO SOCARRAS CARMEN ISABEL** identificado(a) con **CC** número **36.543.712** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2002 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023120512147

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		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo			
CARMEN ISABEL DELGADO SOCARRAS												M		F	X
Tipo de Documento								Número		Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		36543712	SANTA MARTA	31/08/1979			
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										3			X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
18	7	1961				CARRERA 14 # 8 - 74					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
BOBBIEGENESIS@HOTMAIL.COM											3008340833				
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	9	2	
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU					
AUXILIAR DE ENFERMERIA										APOYO TERAPEUTICO					

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		
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
Dirección de empresa o negocio						Ciudad		Barrio		No. Teléfono
CARRERA 14 # 23-42						SANTA MARTA		ALCAZARES		4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI		NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		1500000	Total Egresos mensuales	1400000
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales	
Total Activos			Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 1	Año 2023	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:

PRESTACION DE SERVICIOS

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. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos necesarios oportunamente.

Carmen Isabel Delgado Socarras

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