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,** IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR, Identificado con Cédula No. 36.559.261 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: Iveth Vilarete

	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 **DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES** — 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 36.559.261
VILARETE SALAZAR
APELLIDOS
IVETH PATRICIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-1966
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

30-ABR-1985 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00731016-F-0036559261-20150807 0045669044A 1 37357406

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36559261**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36559261	VILARRETE	SALAZAR	IVETH	PATRICIA	04/11/21

El (la) suscrito(a) IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR identificado con C.C./C.E./P.P No. 36.559.261 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 01 del mes de diciembre de 2023.

Firma _____

Nombre IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR

Cédula 36.559.261

COPIA CONTROLADA

Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponibles)
- biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

informacion general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	Iveth Patricia Vilarete Salazar
nombre abreviado	Iveth Patricia Vilarete Salazar
fecha de creacion	15/07/2022 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
pais de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
numero de documento	36559261
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural Colombiana
Codigo UNSPSC	
zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

informacion de contacto

direccion	calle 30 3 25
pais	COLOMBIA
Ciudad	magdalena
municipio	santamarta
codigo postal	
telefono de oficina	3017556481
fax de oficina	
correo electronico de la oficina	ivethvilaretesalzar@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	ivethvilaretesalzar@gmail.com

direccion	Estado	pais	telefono
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Pagina web

Pagina web	
Facebook	
enlace de URL	
URL de youtube	
URL de Twitter	

Contacto principal

titulo	
Nombre	Iveth Patricia Vilarete Salazar
Cargo	
telefono	
Movil	3017556481
Fax	
Correo electrónico	ivethvilaretesalzar@gmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligada a tener estados financieros.)

año fiscal	Ingresos	Ebitda	numero de empleado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Editar datos resumen | Editar datos completos

Powered by CamScanner

`

Santa Marta 1 Diciembre de 2023.

Dr. German G. Vargas Mosquera.
Gerente HUJMB

Asunto: Propuesta de servicio.

Cordial Saludo.

A solicitud de la entidad de salud yo IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR.
Documento: 36559261expedida en la ciudad de Santa Marta.
Correo: ivethvilaretesalzar@gmail.com
Celular: 3017556481
Dirección: Calle 30 #3 -25 Manzanares.

Solicito a usted e manera respetuosa concederme la oportunidad de ingresar como Auxiliar de Enfermería, para prestar mis servicios como profesional en la atención hospitalaria, ambulatoria y alta complejidad de la población usuaria del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Espero reunir los requisitos necesarios para ocupar el cargo dentro de esta importante empresa de salud.

Gracias.

Atentamente,

Iveth Vilarete

Iveth Vilarete Salazar.
36559261 Santa Marta

¡RESULTADOS DEL CAMBIO!
hujuliomendezb
www.hujmb.gov.co

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14669135334

(415)7707212489984(8020) 000001466913533 4

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

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
VILARETE	SALAZAR	IVETH	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 30 3 25 BRR MANZANARES

42. Correo electrónico: ivethvilaretesalazar@gmail.com

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

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	1 9 9 3 0 7 1 5						

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
2 0																									

53. Código 20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 10 - 26

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VILARETE SALAZAR IVETH PATRICIA

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
Vilarete	Salazar	Iveth Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 36559261	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 02 AÑO 1966	CALLE 30 3 25 MANZANARES			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	ivethvilaretesalzar@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° X	MES	12	AÑO	1986

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	4	X			07	1993	1134

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION MES	TERMINACION 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*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AUX DE ENFERMERIA	CARRERA 14 - 23 42

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*					
	Día	06	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AUX. DE ENFERMERIA	CARRERA 14 - 23 42

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*					
	Día	08	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AUX DE ENFERMERIA	CARRERA 14 - 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	16	*Mes*	03	*Año*	2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AUX DE ENFERMERIA	

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIO VASCULAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6796470	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 26 71						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPASISTENCIA CTA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6385666	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	01	*Año*	2007	*Día*	11	*Mes*	06	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE JOSE PRUDENCIA PADILLA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4231800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2003	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 26 A 71						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO SEGUROS SOCIAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	1995	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 26 71						

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	17	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	17	11

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Diciembre 01 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

República de Colombia – Dpto. del Magdalena

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "HUGO J. BERMUDEZ"

Aprobado por resoluciones 881 de 28 Noviembre de 2002 y 00103 del 20 de Mayo del 2004 de la Secretaría de Educación Distrital

Acta de Grado

En la ciudad de **SANTA MARTA,** a los **SEIS (6)** días del mes de Diciembre del 1985, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de unos estudiantes de último grado, los suscritos rector y secretaria en la rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL HUGO J. BERMUDEZ,** Institución aprobada hasta **UNDECIMO GRADO** en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO, según **Resolución 0103** del 20 de MAYO del 2004.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media académica, se procedió a otorgar el TITULO de **BACHILLER ACADEMICO,** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

IVETT PATRICIA VILARETE SALAZAR C.C. 36.559.261 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original general No.005 del 6 de diciembre del 1985, que consta de setenta y dos (72) alumnos que comienza con el nombre ACOSTA SAENZ ANGEL y cierra con el ZÚÑIGA MATOS MERY EDITH y sellado por el (Rector) GUSTAVO GIRALDO PIÑA y DORYS ECHEVERRIA CAMPO, Secretaria.

Dado en Santa Marta, 16 de Marzo de 2005

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, no serán autenticados ni sellados de acuerdo a los artículos 46 y 47 del Decreto 1122 de 1999.

El Rector
C.C.12.535.669 de Santa Marta

La Secretaria
C.C. 36.536.624 de Santa Marta

La República de Colombia y en su nombre el

El Externado Hugo J. Bermúdez

de Santa Marta - Magdalena

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resoluciones Nos. 24726 de Diciembre 15 de 1.980 - 25336 - 25337 de Diciembre 17 de 1.980 - 20571 - 20572 - 20573 de Octubre 26 de 1.982 - 15106 - 15107 de Octubre 9 de 1.984

Confiere a:

IVETT PATRICIA VILARETE SALAZAR

Identificado con C. C. o T. I. No. 36.559.261 de Santa Marta.

El título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Santa Marta de de 1.985

Anotado al folio 473 del Libro de Registro No. 2 REG # 19252

Secretario de Educación

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL MAGDALENA
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
GABRIEL ANGULO - SANTA MARTA
Calle 23 Nº 12-90 - Teléfono 233 275
Apartado Aéreo 538

Oficio Nº _____

ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de SANTA MARTA a los 15 días del mes de JULIO del año 1.993 se reunieron, con el fin de formalizar la certificación de los alumnos del curso de AUXILIARES DE ENFERMERIA, los suscritos Director y Secretaria de la Escuela de Auxiliares de Enfermería "Gabriel Angulo". Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, según Resolución No.2182 de Agosto 9 de 1.968. Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA al alumno cuyo nombre, apellidos y núme de documentos se relacionan a continuación: VILARETE SALAZAR IVETH PATRICIA C.C. # 36.559.261 de Santa Marta. Es fiel copia de su original, fecha Julio 15 de 1.993 que consta de 109 alumnos que comienza con el nombre de: ACOSTA MELENDEZ BUDELIA y cierra con el nombre de: WOLF ABRIL XIOMARA firmado y sellado por ALFREDO CORVACHO GNECCO (Director) y CARMEN VERGARA DE IGUARAN (Secretaria).

Dada en Santa Marta, a los 15 días del mes de Julio de 1.993

Firmado y Sellado

ALFREDO CORVACHO GNECCO
Director

Servicio Seccional de Salud del Magdalena
Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO" Santa Marta

CARMEN VERGARA DE IGUARAN
Secretaria Docente

República de Colombia

Departamento del Magdalena

Escuela de Auxiliares de Enfermería "Gabriel Angulo" de Santa Marta

Secretaría de Salud del Magdalena

Certificado

Concedido a:

Iveth Patricia Vilarete Salazar

C. C. No. 36.569.261 de Santa Marta

Por haber cursado y aprobado el programa de Estudios Teórico Prácticos establecidos por el Ministerio de Salud, que lo capacitan para ejercer como "Auxiliar de Enfermería"

Aprobado por Resolución Número 2182 de Agosto 9 de 1968

Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1949

Secretaría de Salud Escuela Auxiliares de Enfermería DIRECTOR

Director

Secretario de Salud del Magdalena

Servicio Secc... Salud del Magdalena
Escuela de Auxiliares de Enfermería
"GABRIEL ANGULO" Santa Marta

Secretaria de la Escuela

Santa Marta, Julio 15 de 1993

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

- 1134 -

Por la cual se concede una Inscripción y Registro

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente de las conferidas en los Decretos leyes 056 de 1.975, 121 de 1.976 y la Resolución 02085 de febrero de 1.989

C O N S I D E R A N D O :

Que IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR, identificada con la cédula de ciudadanía número 49.161 expedida en Santa Marta, ha solicitado el Registro e Inscripción de su título de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó la Escuela de Auxiliares de Enfermería "GABRIEL ANGELO" de la ciudad de Santa Marta, en fecha julio 15 de 1.993.

R E S U E L V E :

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscríbase en la Oficina de Control de Medicamentos de la Secretaría de Salud Departamental, a IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR para poder ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta, a los - 4 AGO. 1993

AGUSTIN [illegible] DIAZ
Jefe Control de Medicamentos

JUAN ANDRES DIAZGRANADOS GAMEZ
Secretario de Salud Departamental

La secretaria de Gestión Administrativa Integral del Departamento del Magdalena Certifica que el presente documento es fiel copia de su Original
Santa Marta 4 de abril/2003
Alberto J. Vives F.
Secretario Administrativo

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



REGISTRO NO. 150

NOMBRE: IVEITH P.VILARETE SALAZAR

C. C. NO. 36.559.261

EXPEDIDA EN: SANTA MARTA

TITULO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

Se le agradece a todas las Autoridades, Civiles y Militares. prestar la mayor colaboración posible al funcionario portador de este Carnet.

Fecha de Expedición: JULIO 28 de 1.993.

nta M rta, a los 4 AGO. 1993

Powered by CamScanner

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 *: 36559261

Primer Nombre: iveth

Primer Apellido: vilarete

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4653

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-01→1:19:04 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36559261	IVETH	PATRICIA	VILARETE	SALAZAR	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) IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR identificado(a) con CC 36559261 registra La siguiente información:

2023-12-01→1:19:04 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1993-08-04	1134	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).

CV-202205-MIVSG0017

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR
C.C 36.559.261

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO INTEGRAL DE VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO (CÓDIGO GRIS)

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 27, 28 y 29 de mayo de 2022, con una intensidad académica de 36 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **mayo de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

Powered by CamScanner

CV-202205-BLS0029

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR
C.C. 36.559.261

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE B.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 20, 21 y 22 de mayo de 2022, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **mayo de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202203-AIGD0003

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR
C.C. 36.559.261

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 05 de marzo 2022, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **marzo de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

Powered by CamScanner

CV-202203-AVAQ0003

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR
C.C. 36.559.261

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 05 de marzo de 2022, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **marzo 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

Powered by CamScanner

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



Fecha: 15/Jul/2022, **Hora:** 03:49:33 p.m.
Apellido: Vilarete Salazar **Nombre:** Iveth Patricia
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36559261
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Calle 30 No. 3-25 Manzanares
Telefono: **Celular:** 3017556481 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: ::: No Aplica :::
Peso: 62 Kg **Estatura:** 153 Cm **IMC:** 26.4 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Nueva Eps **ARL:** Colpatria **AFP:** Colpensiones

HC: # 72134
Edad: 56 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 16/Feb/1966
Rh: B+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

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

Iveth Patricia Vilarete Salazar
CC 36559261

Huella Digital

"LA SUSCRITA COORDINADORA DE RELACIONES LABORALES DEL INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA – FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

CERTIFICA:

La Señora **IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR** identificada con la cédula de ciudadanía número 36559261 expedida Santa Marta, laboró en Nuestra Institución desde el día 13 de Julio de 2017 hasta el 28 de Febrero de 2018, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el servicio de Urgencias.

La presente certificación se expide en la ciudad de Santa Marta a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Marzo de 2018.

Atentamente,

FUNDACION CARDIOVASCULAR
DE COLOMBIA
NIT. 890.212.568-0

JHENIFER ROJAS VILORIA
Coordinadora de Relaciones Laborales
FCV- Instituto del Corazón Santa Marta

Powered by CamScanner

COOPASISTENCIA CTA
ASISTIMOS PARA LA VIDA.
NIT: 804012156-9
Vigilada Superintendencia de Economía Solidaria

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOPASISTENCIA CTA

CERTIFICA QUE:

IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 36559261 tiene convenio de trabajo asociado con COOPASISTENCIA CTA desde el 13 de enero de 2007, que aporta su trabajo asociado como Auxiliar de Enfermeria en el subproceso UNIDAD FUNCIONAL CIRUGIA SM en el centro de costo de la ciudad de SANTA MARTA.

Existe un contrato de asociación Indefinido con los siguientes ingresos a favor del asociado:

Compensación Ordinaria	750768,06
Compensación Extraordinaria	96999,831
Ayuda de Movilización	90092,168

Este certificado se expice a solicitud del interesado el dia miércoles, 06 de julio de 2011

OMAR HERNAN NOVA JAIMES
Gerente
Este certificado fue generado a través de medio magnético; para la verificación del contenido por favor comunicarse con la persona responsable de nómina al teléfono 7 638 5666 – Celular 318 285 3638

Powered by CamScanner

SEGURO SOCIAL
Seccional Magdalena

LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **IVETH VILARETE SALAZAR,** Identificado con la cédula de ciudadanía No. **36,559,261** de Santa Marta, prestó sus servicios a esta Institución mediante **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES,** como **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Que revisada su Hoja de Vida , figuran legalizados los siguientes contratos con sus valores.

Que por la modalidad de Contratación el Instituto le cancelaba **Honorarios mensuales** , sobre los cuales se efectúaba la debida Retención en la Fuente relacionada a continuación:

PERIODOS	No. CONTRATO	VALOR CONTRATO	% RET. FUENTE	VALOR RET.F
01-08/95 - 30-12/95	386	1.645.000	4	65.800
01-01/96 - 30-06/96	54	2.400.000	4	96.000
01-07/96 - 30-12/96	293	2.339.190	4	93.568
13-01/97 - 30-08/97	125	3.602.400	4	144.096
01-09/97 - 30-03/98	610	4.075.000	4	163.000
01-04/98 - 30-07/98	146	2.708.000	4	108.320
01-08/98 - 30-11/98	613	2.708.000	4	108.320
01-12/98 - 28-02/99	930	2.031.000	4	81.240
08-03/99 - 30-09/99	229	4.581.033	4	183.241
01-10/99 - 30-01/00	776	3.116.000	4	124.640
01-02/00 - 30-05/00	284	3.116.000	4	124.640
01-06/00 - 30-09/00	578	3.116.000	4	124.640
02-10/00 - 30-01/01	810	3.090.034	4	123.601
01-02/01 - 30-05/01	121	3.116.000	6	186.960
01-06/01 - 30-09/01	340	3.116.000	6	186.960
04-10/01 - 31-10/01	544	727.067	6	43.624
02-11/01 - 15-12/01	606	1.142.533	6	68.552
16-12/01 - 28-02/02	798	2.040.980	6	122.459
01-03/02 - 15-04/03	881	11.147.490	6	668.849
16-04/03 - 30-06/03	2874	2.064.350	6	123.861
TOTAL VALOR DESCONTATO RET. FUENTE				**2.942.371**

Los Datos aquí relacionados se encuentran liquidados desde el 01 de Agosto de 1.995 al 30 de Junio de 2,003.

En el evento de que esta certificación presente enmendadura carecerá de validez.

Se expide la presente certificaciòn a solicitud del interesado.

Atentamente;

LUZ STELLA RODRIGUEZ MANJARRES
Jefe Departamento de Recursos Humanos.

Se expide en la Ciudad de Santa Marta a los Diez (10) días del mes de Noviembre de 2.005.

Ret.Fuente.
Edwin F.A
Soporte: Contratos - Expediente de Servicios.
c.c Hoja de Vida.
Folder Procesos Laborales.

Powered by CamScanner

SEGURO SOCIAL
SECCIONAL MAGDALENA

EL SUSCRITO JEFE DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS (E)

CERTIFICA :

Que el (a), señor (a) IVETT PATRICIA VILARETE SALAZAR, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.36.559.261, expedida en Santa Marta, viene prestando sus servicios a esta Institución como AUXILIAR DE SERVICIOS ASISTENCIALES ENFERMERIA, Dedicación Completa, mediante Contrato Estatal de Prestación de Servicios Personales, con honorarios mensuales de $779.000.00 durante los siguientes períodos:

Del 01-09/95 al 30-12/95	Contrato N°	0386	Meses	5
Del 01-01/96 al 30-06/96		0054		6
Del 01-07/96 al 30-12/96		0293		6
Del 13-01/97 al 30-08/97		0125		7 y 18 días
Del 01-09/97 al 21-03/98		0610		6 y 21 días
Del 01-04-98 al 30-07/98		0146		4
Del 01-08/98 al 30-11/98		0613		4
Del 01-12/98 al 28-02/99		0930		3
Del 08-03/99 a la fecha		0229		6 y 23 días

ALEJANDRO PASTRANA COMAS

Santa Marta, 12 de Mayo de 1999

Ochoa L.

Powered by CamScanner

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 36559261 **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 09/01/2024 04:09 PM

Código Verificación: **V1QJ7TR9ZU**

Válida hasta: **08/04/2024**

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

PROSPERID PARA TOD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Iveth Patricia

Apellidos: Vilorete Salaza

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 36.559 26

Fecha de Nacimiento: Día 16 Mes 02 Año 1964

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	15-01-16	L8002047	
	2	20-02-17	1112-L700	
	3	1-01-18	032L70020	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	12-02-17	03766196	
	2	14-05-17	03766196	
	3	16-11-17	03766196	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	10-03-18	L700020	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDIC	Fecha de publicación	2023-09-06 00:16

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
IVETH	PATRICIA	VILARRETE	SALAZAR

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36559261

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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 prestacióndel 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	$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro dejunta 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) IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR identificado(a) con CC 36559261 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/06/2018

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 1 días del mes 12 del año 2023.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36559261,** se encuentra afiliado/a desde **12/09/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez 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	GRUPO FUNSIONAL DE ENFERMERIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: IVETH PATRICIA VILARETE SALAZAR															Sexo			
															M		F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36.559.261	SANTA MARTA	30/04/1985

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
19	2	66	SANTA MARTA	CALLE 30 #3-25	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
IVETHVIARETESALZAR@GMAIL.COM	3017556481	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACTIVIDAD DE 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
H.U.J.M.B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?		AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 #23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$1.800.000	Total Egresos mensules	$1.800.000
Otros Ingresos Mensules	$0	Otros Egresos Mensuales	$0
Total Activos	$1.800.000	Total Pasivos	$1.800.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 22	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: MI EMPLEO

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: MI EMPLEO 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

Powered by CamScanner

Ivett Pilantes.

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner