HJMB E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/03/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, NAYIBIS ISABEL SALAS TONCEL, identificado con Cédula No. 26.719.905 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: Nayibis Salas Toncel

V. B. Gerencia

	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 Unico 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 Hospitalizacion*.		
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 **26.719.905**
SALAS TONCEL
APELLIDOS

NAYIBIS ISABEL
NOMBRES

Nayibis Salas toncel
FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-ABR-1981**
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

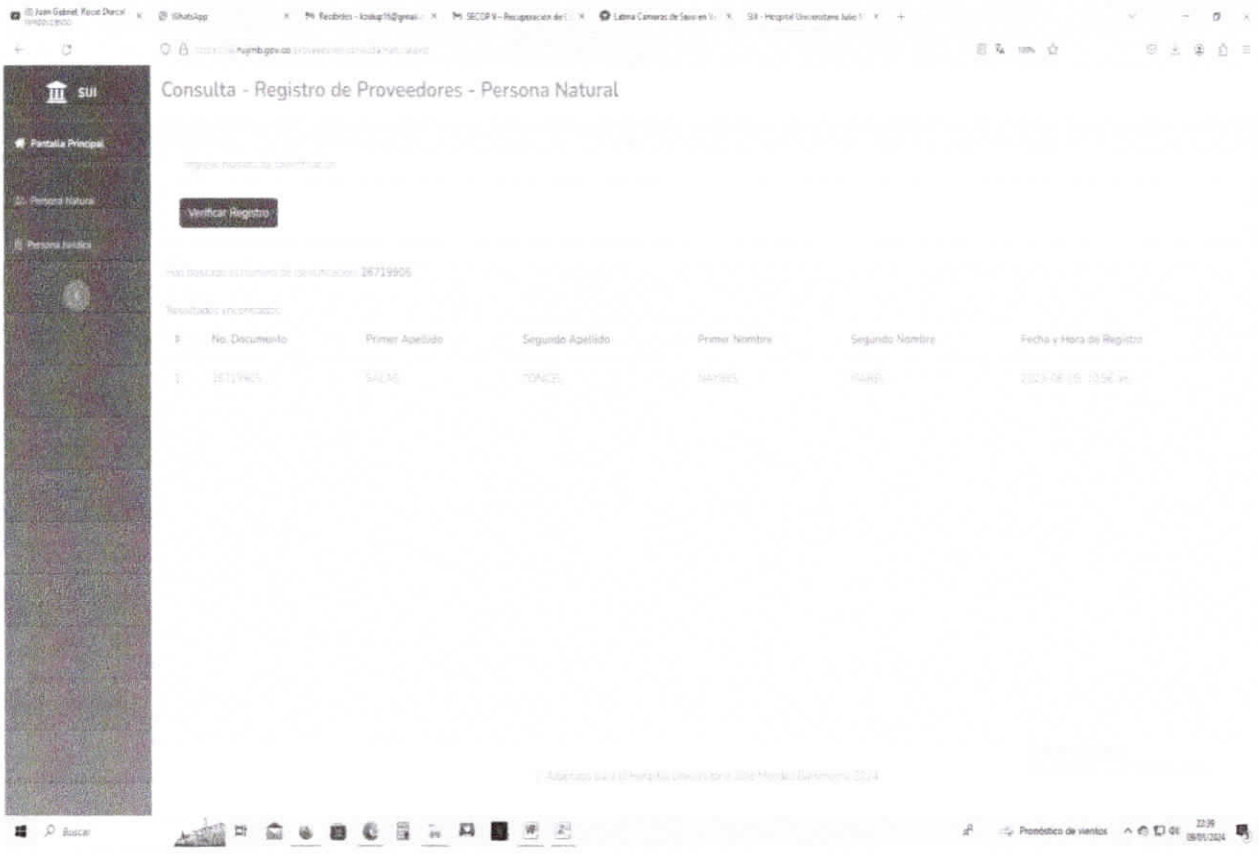
03-SEP-1999 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ



A-2100600-00172557-F-0026719905-20090825 0015377343A 1

Powered by CamScanner


SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Verificar Registro
26719906
No. Documento
Primer Apellido
Segundo Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre
Fecha y Hora de Registro

HJMB

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSULTA EN BASES DE DATOS

CODIGO:
VERSION:
FECHA DE ULTIMA REVISION:
PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) **NAYIBIS ISABEL SALAS TONCEL** identificado con C.C./C.E./P.P No. **26.719.905** 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.

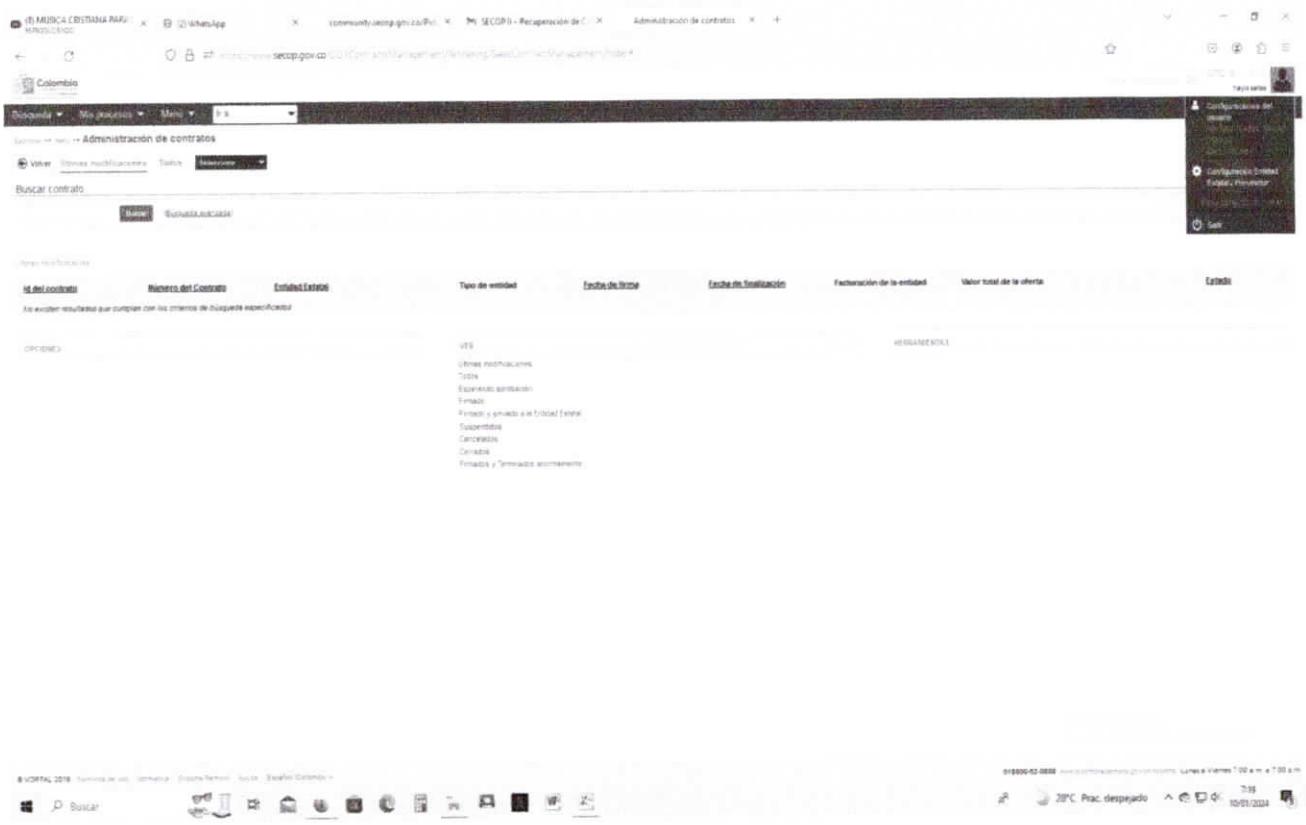
Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, 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 10 del mes de enero de 2024.

Firma Nayibis Salas Toncel

Nombre **NAYIBIS ISABEL SALAS TONCEL**

Cédula **26.719.905**


Colombia
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Administración de contratos
Volver
Buscar contrato
Buscar
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Configuración del usuario
Configuración Entidad Estatal - Proveedor
Salir
Buscar

Santa Marta Enero del 2024

Señores:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE
Ciudad

ASUNTO: Oferta de servicios

Yo, **NAYIBIS ISBEL SALAS TONCEL** , identificada con cédula de ciudadanía **N°26.719.905** expedida en Ciénaga (Mag), presento mi propuesta y disposición como Técnico Auxiliar de enfermería, para prestar los servicios de promover cuidados integrales básicos a los usuarios y desarrollar las actitudes bajo supervisión de la enfermera del servicio. Cumpliendo con las políticas institucionales y normas vigentes. Por lo anterior me comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones específicas derivadas de la oferta y/o aquellas contenidas en los estudios de convivencia y/o oportunidades de la contratación.

PLAZO: mi sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad, de acuerdo a la necesidad del servicio.

VALOR Y FORMA DE PAGO: los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la entidad, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.

PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar copia de mi hoja de vida con sus respectivos soportes legales necesarios para la contratación.
De antemano agradezco su atención prestada.

Cordialmente,

Nayibis Salas Toncel

NAYIBIS ISBEL SALAS TONCEL
CC. N°**26.719.905** de Ciénaga
Dir: Kra 68B14 Nº 40ª-45 Yucal
Email: snayibis@gmail.com
Cel.: 3042358818

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971140391

(415)7707212489984(8020) 000001497114039 1

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALAS	TONCEL	NAYIBIS	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 68 40 A 45 BRR EL YUCAL

42. Correo electrónico: snayibis@gmail.com

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

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 3 0 2 0 7						

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20													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 2024 - 01 - 09 / 23 : 28: 01

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 SALAS TONCEL NAYIBIS ISABEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Soles	Torres	Nayibis Isabel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 26719995	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 13 MES 04 AÑO 1981	CARRERA 68 B 40 A 45 casa el yucal			
PAIS	COLOMBIA	PAIS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELEFONO	4211628	EMAIL	snayibis@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	BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° (X)	MES	12	AÑO	2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TECNICA) **TL** (TECNOLOGICA) **TE** (TECNOLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	2	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	09	2012	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	FUND NUESTRA SRA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	RCP - ACLS	01	2023
VIRTUAL	FUND NUESTRA SRA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	SOPORTE VITAL BASICO RCP - BLS	01	2023
VIRTUAL	FUND NUESTRA SRA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL - CODIGO FUCSIA	12	2022
VIRTUAL	FUND NUESTRA SRA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	PROCESO DE DUELO CON ENFASIS EN TERAPIA EMOCIONAL	12	2022
VIRTUAL	FUND NUESTRA SRA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE QUEMADURAS CON AGENTES QUIMICOS	12	2022

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	FUND NUESTRA SRA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	AMBO	12	2022
VIRTUAL	FUND NUESTRA SRA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	IAMI	12	2022
PRESENCIAL	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE, SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	09	2012

ESPECIFIQUE 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
ESPAÑOL			X			X			X

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6054381234	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día: 01	Mes: 11	Año: 2023				Día: 30	Mes: 12	Año: 2023		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: URGENCIAS AREA DE SALUD					DIRECCIÓN: AVENIDA CALLE 14 25 67					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6054381234	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día: 21	Mes: 08	Año: 2023				Día: 30	Mes: 10	Año: 2023		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AREA URGENCIAS					DIRECCIÓN: AVENIDA CARRERA 14 25 67					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6054381234	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día: 21	Mes: 05	Año: 2023				Día: 20	Mes: 08	Año: 2023		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AREA DE URGENCIAS					DIRECCIÓN: AVENIDA CALLE 14 25 67					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6054381234	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 14 25 67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4381234	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* - AV LIBERTADOR 25-67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4381234	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* AV LIBERTADOR 25-67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4340897	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRO DE SALUD					*DIRECCIÓN* AV LIBERTADOR 24-67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4381234	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* Av libertador N°25-67						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	11	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN av 16 #25-67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO CIENAGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	01	Año	2013	Día	01	Mes	04	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 5 KRA 21						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	4

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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 PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACION 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, Enero de 2024

Dayibis Sabastorrel

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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
Institución Educativa
"SAN JUAN DEL CORDOBA"
CIENAGA - MAGDALENA
Aprobado por resolución 122 de 5 de Diciembre de 2001 de la Secretaría de Educación

CONFIERE A:

NAYIBIS ISABEL SALAS TONCEL

Identificado con C.C. No. 26.719.905 de Cga.

El Titulo de

BACHILLER ACADEMICO

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

Alvaro Rodriguez Ariza
Rector

Judith Del Hoyo
Secretaria

POR UN SAN JUAN UNIDO Y PROGRESISTA

Libro 01 Folio 004 Acta 004 Año 2003

Dado en Ciénaga a los 19 días del mes de Diciembre de 2003

REPUBLICA DE COLOMBIA-MINISTERIO DE EDUCACION
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA- MUNICIPIO DE CIENAGA
INSTITUCION EDUCATIVA "SAN JUAN DEL CORDOBA"
Colegio oficial Aprobado por Decreto No. 286 de Noviembre 19 de 2.012
Secretaria de Educación Municipal CERTIFICADA
DANE 147189001186 NIT 39178Calle 16 No. 21- 17 Teléfono No. 4240882 FAX 4240882
Ciénaga Magdalena

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Ciénaga,Magdalena a los 19 días del mes de diciembre del 2003,se reunieron con el fin de formalizar la graduación delos alumnos de UNDECIMO Grado :el RECTOR y Secretaria de la Institución Educativa SAN JUAN DEL. CORDOBA,aprobada y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad Académica de la Jornada Nocturna ,correspondiente a la Educación Media según Resolución No.312 de noviembre 25 del 1997,comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO a los graduandos,cuyo número de orden,apellidos ,nombres y número de documento de identidad,se relacionan a continuación:

No de Orden.	APELLIDOS :	NOMBRES:
112	SALAS TONCEL	NAYIBIS ISABEL

Identificada con la C.C.26.719.905 expedida en Ciénaga,Magdalena,es fiel copia de su original tomada del Acta No.004 de fecha19 de diiembre del 2003,que consta de 132 alumnos graduados. Comienza con los apellidos y nombres de:AHUMADA RAMIREZ MARGARITA ISABEL y se cierra con los apellidos y nombres de ZARATE MARTINEZ JAIDER ALFONSO. La verificación fue efectuada por JUDITH RIVAS DE PEREZ.

Dada en Ciénaga a los 11 días del mes de febrero de 2014.

Este documento es original con sello seco en la firma de la Rectora.

Esp.MARTA AGUIRRE RACINES
C.C.36.546.943 de Santa Marta.
RECTORA

JUDITH RIVAS DE PEREZ
C.C.36.522.762 de Sta.Mta..
SECRETARIA.

Libertad y Orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

NAYIBI ISABEL SALAS TONCEL

Con Cédula de Ciudadanía No. 26.719.905

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

ENFERMERÍA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Ciénaga, a los tres (3) días del mes de septiembre de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por
AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autoridad del Documento
Bogotá - Colombia

AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SUBDIRECTOR CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

03/09/2012
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900336#CC26719905#C.

REGIONAL MAGDALENA
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 528161 - 03/09/2012

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: NAYIBI ISABEL SALAS TONCEL, Con Cédula de Ciudadanía No. 26.719.905

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN ENFERMERÍA

En constancia de lo anterior se firma la presente en Ciénaga, a los tres (3) días del mes de septiembre de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por
AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SUBDIRECTOR CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo número 9527000336980CL2671990SA

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaria Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 47
"Por la cual se registra un titulo"
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **NAYIBIS ISABEL SALAS TONCEL**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 26.719.905, expedida en Ciénaga - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TÉCNICO EN ENFERMERÍA**, según TITULO, otorgado por **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**, con Acta de Grado N° 528161 del 03 de Septiembre de 2012.

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **NAYIBIS ISABEL SALAS TONCEL**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 26.719.905, expedida en Ciénaga - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO EN ENFERMERÍA**, en el territorio Nacional e Inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

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

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Hoissel Russo A.
Revisó: Piedad De la Hoz Orozco

Resultado General - 2024-01-10--12:05:09 AM

Tipo Identificacion	Nro. Identificacion	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificacion:	Detalles
CC	26719905	SALAS	TONCEL	NAYIBIS	ISABEL	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud se constato que el (la) señor(a) SALAS TONCEL NAYIBIS ISABEL identificado(a) con CC 26719905 registra La siguiente información:

2024-01-10--12:05:09 AM

Información Académica

AUX	Local	TÉCNICO ENFERMERIA	2015-09-15	2689	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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Nayibis Isabel Salas Toncel

CC 26719905 de Cienaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2022-12-30
Fecha de vencimiento: 2024-12-30

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Nayibis Isabel Salas Toncel

CC 26719905 de Cienaga - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-01-01
Fecha de vencimiento: 2025-01-01

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Nayibis Isabel Salas Toncel

CC 26719905 de Cienaga - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-01-03
Fecha de vencimiento: 2025-01-03

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Nayibis Isabel Salas Toncel

CC 26719905 de Cienaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional

Resolución 3100 / 2019

con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-28

Fecha de vencimiento: 2024-12-28

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educ
Desarrollo Huma
Docente Especial

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Nayibis Isabel Salas Toncel

CC 26719905 de Cienaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2022-12-26
Fecha de vencimiento: 2024-12-26

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

!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: 21/Ene/2021, **Hora:** 10:21:02 a.m.
Apellido: Salas Toncel **Nombre:** Nayibis Isabel **HC:** = 62570
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 26719905 **Edad:** 39 años
Empresa: Particular **Sexo:** Femenino ♀
Cargo: Auxiliar De Enfermeria **Nacim:** 13/Abr/1981
Lugar: **Rh:** B-
Direccion: Kra 68b No 40*-45
Telefono: **Celular:** 3045242343 **Email:** **Estado Civil:** Soltera
Ciudad: ::: No Aplica :::
Peso: 80Kg **Estatura:** 160 Cm **IMC:** 32.6 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Sura **AFP:** Porvenir

Examenes Realizados

Visiometria	Rayos X De Torax	Vdrl Serologia	Antigeno De Superficie De La Hepatitis B (hbsa G)	Baciloscopia (b.a.a.r.)	Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

.

Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/
Mejorar Habitos Alimenticios
Dieta Balanceada.

Observaciones

Paciente Que Se Recomienda Medidas De Bioseguridad Distanciamiento Social, Tapaboca Permanente, Lavados De Mano Cada 2 Horas, Si Presenta Algún Síntomas Respiratorio Informar A Su Jefe Inmediato Y A Su Eps, Realizar La Encuesta Diaria De La Empresa De Síntomas Respiratorio

Resultados laboratorios



Fecha: 21/Ene/2021; **Hora**: 10:21:02 a.m.
Apellido: Salas Toncel
Tipo Doc: CC
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Lugar:
Direccion: Kra 68b No 40*-45
Nombre: Nayibis Isabel
Nro Identidad: 26719905
HC: = 62570
Edad: 39 años
Sexo: Femenino 9
Nacim: 13/Abr/1981
Rh: B+
Telefono: **Celular**: 3045242343 **Email**: **Estado Civil**: Soltera
Ciudad: ::: No Aplica :::
Peso: 80Kg **Estatura**: 160 Cm **IMC**: 32.6 **Escolaridad**: Tecnico Laboral **Jornada Laboral**: Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL**: Sura **AFP**: Porvenir

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Vdrl Serologia		
VDRL Serologia	**No Reactivo**	No Reactivo
Antigeno De Superficie De La Hepatitis B (hbsa G)		
Antigeno De Superficie De La Hepatitis B (hbsa G)	**Normal**	
Baciloscopia (b.a.a.r.)		
Muestra estudiada	**Esputo**	
Bacilo Acido Alcohol Resistente (B.A.A.R)	**No se observa**	

Lida Jimenez Calderon
Bacteriologa

Nayibis Isabel Salas Toncel
CC 26719905

Huella Digital

Visiometria



Fecha: 21/Ene/2021, **Hora:** 10:21:02 a.m.
Apellido: Salas Toncel
Tipo Doc: CC
Lugar:
Direccion: Kra 68b No 40°-45
Telefono: **Celular:** 3045242343 **Email:** **Estado Civil:** Soltera
Ciudad: ::: No Aplica :::
Peso: 80 Kg **Estatura:** 160 Cm **IMC:** 32.6 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Sura **AFP:** Porvenir

Nombre: Nayibis Isabel
Nro Identidad: 26719905

HC: = 62570
Edad: 39 años
Sexo: Femenino ♀

Antiguedad en la Empresa

Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopia	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugias Oculares	No	Hipermetropia	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropia	No				
Astigmatismo	No				
Miopia	No				

Correccion	
Usa Lentes	No
Cerca	No
De Contacto	No
Lejos	No
Bifocales	No

Evaluacion			
Agudeza Visual	**Cerca**	**Lejos**	**Con Correccion**
O.D.	50m	20/20	
O.I.	50m	20/20	
A.O.			

Examen Externo					
Percepcion del Color			**Convergencia**		
Percepcion Anormal	No		Lejos	No	
			Cerca	No	

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	**Izquierdo**	**Derecho**	**Izquierdo**

Agudeza Visual Normal

Patologia de Refraccion

Calle 21 N° 14-33 Barrio Alcazares Email: aisomltda@hotmail.com Tel: 54299 - 436198

SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA
E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTÓBAL DE CIÉNAGA
N. I. T. 800.130.625-2

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA – MAGDALENA

CERTIFICA:

Que la señora **NAYIBIS ISABEL SALAS TONCEL** identificada con la cedula de ciudadanía No 26.719.905 expedida en Ciénaga – Magdalena, quien prestó sus servicios mediante contrato de prestación de servicios de Carácter Civil en la E.S.E. Hospital San Cristóbal como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, desde el 02 de Enero del 2013 hasta el 01 de Abril del 2019.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los veintinueve (29) días del mes de Diciembre del año 2020.

ARMANDO PEREZ DE CASTRO BRUGES.
PROF UNIV TALENTO HUMANO

ELABORO: Juan Carlos Algarin Zamora.
ASSTENTE TALENTO HUMANO.

Celular Gerencia 3145136313

Powered by CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2024-01-10 00:31

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NAYIBIS	ISABEL	SALAS	TONCEL

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	26719905

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	$11.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$2.000.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$13.600.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
0	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$0,00

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:

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:

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

Bogotá, Enero / 10 de 2024

Señor (a): NAYIBIS ISABEL SALAS TONCEL
CC. 26719905
SANTA CR 68 B 40 45 BRR EL YUCAL
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 / 1 de 2019, 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.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condicion de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 900.224.568-6

CERTIFICA QUE:

NAYIBIS ISABEL SALAS TONCEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **26.719.905**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**

La presente certificación se expide el 10 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	14-3-19	012 9[illegible]33	Martha Lora
Fiebre Amarilla	Única	9-1-24	W30503U	Hospital Cuscatancingo
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	11-2-19	2 33J[illegible]19C	Martha Lora
	2	14-3-19	233[illegible]19B	Martha Lora
	3	20-9-19	233[illegible]19X	Hospital Cuscatancingo
	4	29-9-20	22 33[illegible]21C	Cormeth
	5	3-1-24	2332[illegible]24YB	Hospital Cuscatancingo
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	17-11-22	UFX2008B	Tecnosafu
	2	9-12-22	UFK220EX1A	Cormeter
	3	20-2-23	0320Y014A	Cormeter

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	3-1-24	Z30047	Hospital Cuscatancingo
	Anual	17-4-20	VS022008	Sabanx
Covid 19	1ª	30-4-21	E-T6924	Andreza Mino
	2ª	26-5-21	EW0206	Andreza Mino
	1er Ref.	10-6-22	2F1077	A Andreza Mino
	2do Ref.			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	14-3-19	012 9[illegible]33	Martha Lora
Fiebre Amarilla	Única	9-1-24	W30503U	Hospital Cuscatancingo
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	11-2-19	2 33J[illegible]19C	Martha Lora
	2	14-3-19	233[illegible]19B	Martha Lora
	3	20-9-19	233[illegible]19X	Hospital Cuscatancingo
	4	29-9-20	22 33[illegible]21C	Cormeth
	5	3-1-24	2332[illegible]24YB	Hospital Cuscatancingo
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	17-11-22	UFX2008B	Tecnosafu
	2	9-12-22	UFK220EX1A	Cormeter
	3	20-2-23	0320Y014A	Cormeter

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	3-1-24	Z30047	Hospital Cuscatancingo
	Anual	17-4-20	VS022008	Sabanx
Covid 19	1ª	30-4-21	E-T6924	Andreza Mino
	2ª	26-5-21	EW0206	Andreza Mino
	1er Ref.	10-6-22	2F1077	A Andreza Mino
	2do Ref.			
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.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Nayibis isabel

Apellidos: Salas Toncel

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 26719905

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 04 Año 1981

COLOMBIA VIDA

TIC

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 26719905 **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 10/01/2024 12:45 AM

Codigo Verificacion: FSC6UXGZTE

Valida hasta: 09/04/2024

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
NAYIBIS ISABEL SALAS TONCEL	M: F: X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E T.I R.C PP	26719905	Cienaga	03/09/1999

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				X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
13	4	1981	Cienaga	kra 68B Nº 40a-45 el yucal	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
snayibis@gmail.com	304 2358818	

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado		8	6	9	1

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Actividades de apoyo diagnóstico	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Direcoción de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules			
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales			
Total Activos			Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera sum	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

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 o soportes requeridos, oportunamente.

Nayibis salas toncel

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