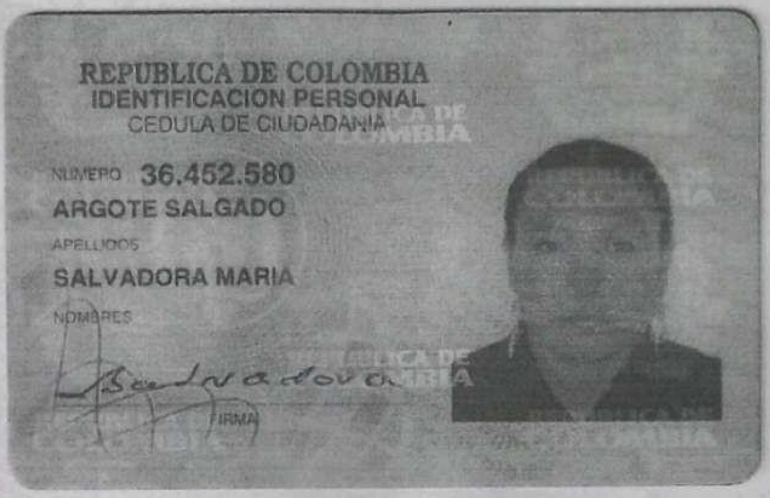


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.452.580
ARGOTE SALGADO
APELLIDOS
SALVADORA MARIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1978
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

17-ABR-1997 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2103100-00183074-F-0036452580-20091003 0016829194A 1 26659569

HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA 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**, Salvadora M. Argote Salgado, identificado con Cédula No. 36452580 y Profesión Auxiliar de Enfermería **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: Salvadora

	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://sijl.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 Hospitalización.*		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	✓	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).	✓	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia). **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. **(Vigencia no superior a TRES (03) años)**	✓	
30	Soporte de experiencia laboral.	✓	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	✓	
32	Vacunas **(HEPATITIS B)** (todo el personal asistencial)	✓	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 **Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)**	✓	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud **(INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	✓	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión **(INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	✓	
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	

Ingrese numero de identificación

Has buscado el número de identificación: **36452580**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36452580	ARGOTE	SALGADO	SALVADORA	MARIA	2022-03-06, 1:24 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	36452580	ARGOTE	SALGADO	SALVADORA	MARIA	2023-06-06, 11:14 am

	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Salvadora maria Arroyo Salgado identificado con C.C./C.E./P.P No. 36452580 expedida en Fundacion, 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 ____ del mes de diciembre de 2023.

Firma Salvadora
Nombre Salvadora Arroyo
Cédula 36452580

Cancelar

Guardar y salir

Información del usuario



Cargar foto

Género	Mujer *
Cargo	auxiliar de enfermeria
Título	Sra *
Nombres	salvadora maria *
Apellidos	argote salgado *
Fecha de Nacimiento	21/10/1978 *
Nombre y apellido	SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía *
Número de documento	36452580 *
Dirección	carrera15bcalle29-44 villa del carmen
Código postal	
Estrato	1 *
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA *
Correo electrónico	salvadora1978@hotmail.com *
	No se debe relacionar grupos de distribución en estos correos
Validación correo electrónico	salvadora1978@hotmail.com *
Teléfono	
Celular	3003128441 *
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o si *

Configuración

Usar configuración predeterminada	☐
Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito *
Idioma	Español (Colombia) *
Configuración regional	Spanish (Colombia) *

Ejemplo configuración regional seleccionada

Formato de fecha y hora	4/06/2023 6:13 PM
Formato de número	9999.999.999,999

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono? *
Respuesta	3003128441 *
SMS para recuperar la contraseña	3003128441 *

Cancelar

Guardar y salir

HUJMB
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez
BARRENECHE

GOBERNACIÓN DEL
MAGDALENA

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 SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO
Documento: 36452580 expedida en la ciudad de FUNDACION .
Correo: SALVADORA1978@HOTMAIL.COM
Celular: 3003128441
Dirección: CARRERA 15B CALLE 29C -44 BARRIO VOLLA DEL CARMEN

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,

Salvadora

SALVADORA ARGOTE
CC.36452580 Santa Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14261744916

(415)7707212489984(8020) 000001426174491 6

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Fundación 2 8 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARGOTE	SALGADO	SALVADORA	MARIA

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 18 A 29 F 1 179 BRR VILLA DEL CARMEN

42. Correo electrónico

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 7 0 3 9 9 2 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2013 - 10 - 15

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

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

984. Nombre QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA
985. Cargo Facilitador IV

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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
Argote	Salgado	Salvadora Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36452580	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 21 MES 10 AÑO 1978	CARRERA 18 A 29 C 07 Casa Villa del Carmen			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	FUNDACIÓN	TELÉFONO		EMAIL	salvadora1978@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2000
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			11	2000	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4326262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2017	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 48					

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 NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	10

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 Santa Marta- Magdalena

Salvadora

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia y en su nombre

El

Colegio Nacionalizado de Bachillerato

Francisco de Paula Santander

De Fundación - Magdalena

Aprobado por Resolución No. 241 de 11 de Octubre de 1993
Emanada del Ministerio de Educación Nacional

CONFIERE A:

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

Identificado con C C No. 36 452 580 de FUNDACION

El Titulo de

BACHILLER ACADEMICO

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

RECTOR

SECRETARIA

Libro 001 Folio 002 Acta [illegible] Año [illegible]

Dado en FUNDACION a 14 de [illegible] de 19

Acta de Grado

Colegio Nacionalizado de Bachillerato
FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
JORNADA NOCTURNA
Fundación - Magdalena

En la ciudad de Fundación a los 18 dias del mes de Diciembre del año de 1998 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Colegio Nzdo de Bachillerato Francisco de Paula Santander modalidad Académico institución aprobada hasta Once Grado en el nivel de Educación Media Voc y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académico, según Resolucion(es) Número(os) 241 de Octubre 11 de 1993 (Jornada Nocturna).

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo número de órden, nombre apellidos y número de documento de identificación se relacionaron a continuación:

No. NOMBRE

03 ARGOTE SALGADO SALVADORA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 36.452.580 de F/ción

Es fiel copia tomada del Acta original No 006 de fecha Diciembre 18/98 que consta de 82 alumnos graduados, comienza con el nombre de ALVAREZ JULIAO LUIS MANUEL y se cierra con el nombre de, TORREZ GALINDO ENA EDILMA

firmddo y sellado por LIC: JUAN JOSE CANTILLO DIAZ. (Rector) y NELLY VELAZQUEZ SOTELO. (Secretario)

Dado en a los dias del mes de de 19

En constancia se firma la presente, acta

Firmado y Sellado

El Rector o Director (a)

c. c. No.

El Secretario (a)

c. c. No.

República de Colombia

Departamento del Magdalena

La Secretaría de Desarrollo de la Salud

y en su Nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena

"Cesmag" Gabriel Angulo

Creado mediante Decreto NO. 810 del 13 de Diciembre de 1949

Aprobado mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1968

Modificada mediante ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Teniendo en Cuenta Que:

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

Titular de la C.C. No. 36. 452 580 *Expedida en* FUNDACION, MAGD.

Culminó Satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todo los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el certificado de:

Aptitud Ocupacional Técnico En

Auxiliar de ENFERMERIA

En Constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la Ciudad de SANTA MARTA

A los 17 días del mes de NOV. DE 2000

Dr. Stella Duran

Director "Cesmag"

Secretario Académico

Secretario para el Desarrollo de la Salud

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 47 0305

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO**, identificado (a) con CC N° 36.452.580 Expedida en Fundación - Magdalena, solicito ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para ejercer, según **Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por el **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO**, según Acta de Grado N° 101 del día 17 de Noviembre de 2000.

Que estudiada la Documentación presentada por el (la) solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas Legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO**, identificado (a) con CC N° 36.452.580 Expedida en Fundación - Magdalena, para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo 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 02 ABR 2009

CESAR ROVIRA AVENDAÑO
Secretario de Salud Del Magdalena

Proyectado por:
MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ
Profesional Especializado

Proyectado por: Angélica Restrepo Guerrero

MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Salvadora María Argote Salgado

CC 36452580 de Fundacion Magdalena

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

Fecha de emisión: 2021-12-09
Fecha de vencimiento: 2023-12-09

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD

¡Un Nuevo Concepto en Educación!

Formacion para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento segun resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999 y con registro de programa segun resolucion No. 0859 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comision Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Teniendo en cuenta que

SALVADORA ARGOTE SALGADO

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 36.452.580

Aprobo los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:

Manejo y Administracion Segura de Medicamentos

Con una Intensidad total de 12 horas.

Dado en Santa Marta, a los 09 Dias del mes de Enero del 2021.

Director

Coordinador

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 47 0305

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO**, identificado (a) con CC N° 36.452.580 Expedida en Fundación - Magdalena, solicito ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para ejercer, según **Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por el **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO**, según Acta de Grado N° 101 del día 17 de Noviembre de 2000.

Que estudiada la Documentación presentada por el (la) solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas Legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO,** identificado (a) con CC N° 36.452.580 Expedida en Fundación - Magdalena, para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo 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 02 ABR 2009

CESAR ROVIRA AVENDAÑO
Secretario de Salud Del Magdalena

Revisado por:
MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ
Profesional Especializado

Proyectado por: Angélica Restrepo Guerrero

MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

Powered by CamScanner

Menu

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 *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	36452580	SALVADORA	ARGOTE

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4522

Limpiar

Resultado General -2023-12-02→12:48:53 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36452580	SALVADORA	MARIA	ARGOTE	SALGADO	Vigente	Ver

SISPRO

Dirección
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CERTIFICA QUE:

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.452.580

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 13-05-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 13-05-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

Con Cédula de Ciudadanía No. 36452580

Participó en la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los trece (13) días del mes de diciembre de dos mil veintidós (2022)

Firmado Digitalmente por

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
Subdirector (E)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

6908017 - 13/12/2022
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 952900260686CC36452580C.

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CERTIFICA QUE:

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.452.580

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

GESTIÓN DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 13-05-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 13-05-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CERTIFICA QUE:

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.452.580

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 13-05-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 13-05-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 11/May/2023, **Hora:** 03:50:24 p.m.
Apellido: Argote Salgado **Nombre:** Salvadora Maria
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36452580
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Calle 24 No 24-05 Postobon
Telefono: **Celular:** 3003128441 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 72 Kg **Estatura:** 153 Cm **IMC:** 30.7 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

HC: # 78758
Edad: 44 años
Sexo: Femenino
Nacim: 21/Oct/1978
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

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

Salvadora Maria Argote Salgado
CC 36452580

H
D

Unidad Medica Nazareth

MEDICINA GENERAL
Calle 6 No 13 – 05 – Teléfono 4140364
FUNDACIÓN – MAGDALENA

HAGO CONSTAR

Que, la Señora **SALVADORA ARGOTE,** identificada con la Cedula de Ciudadanía No 36.452.580 expedida en Fundación Magdalena, laboró como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** en esta entidad, es una persona seria, honesta, responsable y cumplidora de sus deberes, y está capacitada para desempeñar su labor.

Para mayor constancia se firma a los Treinta (30) días del mes de Julio del año Dos Mil Cuatro (2.004)

Atentamente,

JOSÉ GABRIEL DE LEÓN ACUÑA
C.C. No 19581128.
Medico Cirujano

LA ENFERMERA JEFE DE LA E.S.E.
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION
MAGDALENA

Hace constar por medio de la presente que conozco de trato y vista a la joven **SALVADORA ARGOTE SALGADO** identificada con la cedula de Ciudadanía No 36452580 de Fundación Magdalena lo cual se caracteriza por ser una persona recta y honorable por lo que me permito recomendarla muy ampliamente.
Que durante este tiempo demostró su gran capacidad de trabajo por cuanto fue muy responsable en sus tareas encomendadas; demostró pulcritud tanto en su presentación personal como el de su trabajo y respeto hacia sus superiores y a los usuarios del **HOSPITAL** y por su gran espíritu de compañerismo.

Laboró en los diferentes servicios de la Institución como son: Maternidad, Urgencia; Medico Quirúrgico, Pediatría y Cirugía.

Se expide la presente Certificación a petición de la parte interesada a los 27 días del mes de Abril de 2009

ISABEL CANTILLO CHAPARRO
Enfermera Jefe
Celular 3116319877

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora **SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **36.452.580** expedida en Fundación (Magdalena), presta los servicios como **Auxiliar de Enfermeria** en la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE". Desde el 04 de agosto de 2017, mediante la modalidad de contratos de prestación de servicios, con una consignación mensual de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1.800.000).

VIGILADO Supersalud

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los veinticuatro (24) días del mes de agosto de 2023.

JARID YESID THOMAS PADILLA.
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO.
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

COLOMBIA POTENCIA DE LA 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 36452580 **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 01/12/2023 08:03 PM

Código Verificación: **2XP68WFV45**

Válida hasta: **01/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Sandra

Apellidos: Arpeta

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36452580

Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 10 Año 1978

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	030780	Sanofi	
Fiebre amarilla	Única	030780	PA446	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	050242	Sanofi	
	2	050897	Sanofi	
	3	020743	Sanofi	
	4			
	5			
Hepatitis B	1	080996	HSO	
	2	091096	HSO	
	3	031196	HSO	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	15/10/19	Fluarix	
Otras				

Función Pública

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

Tipo de declaración	OTRO	Fecha de publicación	2023-12-01 21:26

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SALVADORA	MARIA	ARGOTE	SALGADO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36452580

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	FUNDACIÓN

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/ u otra 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	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	$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
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 de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

EPS Sanitas

CE-008 - 0000000100 - 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36452580
NOMBRES Y APELLIDOS	Argote Salgado,Salvadora Maria
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Argote Salgado,Salvadora Maria, a los 01 días del mes de diciembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Bunny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinadora Gestión de la Afiliación

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.452.580,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 1 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

HJMB

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FINCAF
VERSION: 002
FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
Salvadora maria Arbote Salgado	M: / F:

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E T.I R.C PP	36952590	Fundacion	17 abril 1997

Estado Civil (Selecciona)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
			X				X		5		X			

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
21 10 1978	Fundacion	Cr 15 Bc 29C 44	Santa Marta	Mag

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
Salvadora1978@Hotmail.com	3003129446	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxiliar de Enfermeria	actividades 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
HUS MTA	Pública		Privada		Mixta	Otra, cual?	Aux de Enfermeria

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Calle 14 #23-42 B a/Cazarres	Santa Marta	B/Cazarez	4365067

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1800000	Total Egresos mensuales	1800000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	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:

esfuerzo de mi trabajo

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 la 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 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 revelar 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

Salvadora

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 firma (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento