En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO DOLORES MARIA CAMARGO LUNA , Identificado con Cédula No. 41762143 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: *DOLORES CAMARGO LUNA*

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
36.541.980
NUMERO
CAMARGO LUNA
APELLIDOS
DOLORES MARIA
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1960
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-ABR-1979 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2100150-91150842-F-0036541080-20061017
02282 06200A 03 208436336

Powered by CamScanner

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36541980**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36541980	CAMARGO	LUNA	DOLORES	MARIA	02/09/21

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

Powered by CamScanner

El (la) suscrito(a) DOLORES MARIA CAMARGO LUNA identificado con C.C./C.E./P.P No. 36.541.980 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta de

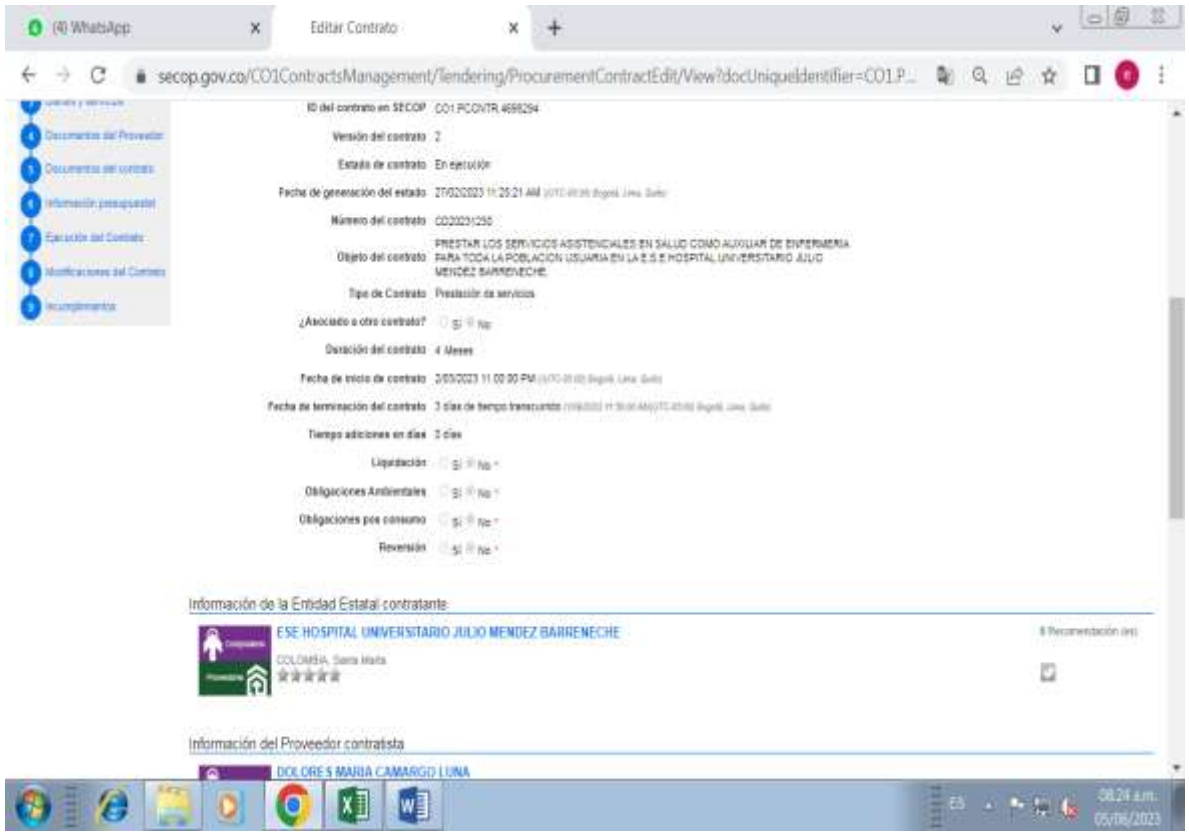
Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 01 del mes de Diciembre de 2023.

Firma *Dolores Camargo Luna*
Nombre DOLORES MARIA CAMARGO LUNA
Cédula 36.541.980

COPIA CONTROLADA


(4) WhatsApp
Editar Contrato
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.P...
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
ID del contrato en SECOP CO1.PCONTR.4698294
Versión del contrato 2
Estado de contrato En ejecución
Fecha de generación del estado 27/02/2023 11:25:21 AM
Número del contrato CO2023.1255
Objeto del contrato PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Tipo de Contrato Prestación de servicios
¿Asociado a otro contrato? SI NO
Duración del contrato 4 Meses
Fecha de inicio de contrato 2/03/2023 11:00:00 PM
Fecha de terminación del contrato 3 días de tiempo transcurrido
Tiempo adiciones en días 3 días
Liquidación SI NO *
Obligaciones Ambientales SI NO *
Obligaciones pos consumo SI NO *
Reversión SI NO *
Información de la Entidad Estatal contratante
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
COLOMBIA, Santa Marta
Información del Proveedor contratista
DOLORES MARIA CAMARGO LUNA
08:24 a.m.
05/06/2023

Santa Marta Diciembre 2023

Dr.
GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

REF: PROPUESTA DE SERVICIOS

Yo, DOLORES MARIA CAMARGO LUNA Identificada con C.C 36.541.980 DE Santa Marta, Por medio de la presente ofrezco mis servicios como **AUXILIAR EN ENFERMERÍA** Para tan Prestigiosa institución con todas las competencias y habilidades para desarrollar Las Actividades que se presente día a día en las áreas asignadas, Esperando cumplir con el Perfil que necesitan.

De ante mano agradezco la atención prestada.

Atentamente,

Dolores Camargo Luna

DOLORES MARIA CAMARGO LUNA
CC. 36.541.980 DE Santa Marta
Email: lolacamrgo60@gmail.com
Cel: 3014547815
Dir : Calle 31 No 13-14 Las Americas

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14801856661

(415)7707212489984(8020) 000001480185666 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3654198	05	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

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 13	36541980	19790409

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMARGO	LUNA	DOLORES	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

41. Dirección principal: CR 12 34 156 BRR MARIA EUGENIA

42. Correo electrónico: lolacamargo60@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3014547815	

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
8699	2000/12/12						2460	

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

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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: 2 61. Fecha 2021 - 12 - 16 / 12 : 05: 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 1.6.1.2.6 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 MIER MADARIAGA LINA MASIEL

985. Cargo Analista V

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Camargo	Luna	Dolores Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36541980	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 26 MES 10 AÑO 1960					
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3015457815	EMAIL	lolacamargo60@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1980
										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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRA DE LABORATORIO	02	2023
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	ABORDAJE INTEGRAL EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	02	2023
VIRTUAL	NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	SOPORTE VITAL VASICO RCP (BLS)	02	2023
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMINENTO Y MANTENIMIENTO PEDRO NEL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	victimas de ataque quimico	01	2021
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMINENTO Y	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	gestion de duelo	01	2021

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*
	MANTENIMIENTO PEDRO NEL				
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMINENTO Y MANTENIMIENTO PEDRO NEL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	victima de ataque con agentes quimico	01	2021
PRESENCIAL	CESMAG	EDUCACIÓN INFORMAL	TECNIO	12	2020
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMINENTO Y MANTENIMIENTO PEDRO NEL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	codigo gris	06	2020
	CESMAG	EDUCACIÓN INFORMAL	TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA	06	2000

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3014547815	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE SERVICIOS ASISTENCIALES	AREA DE ENFERMERIA	CALLE 23 - CRA 14 No 23-42 ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3014547815	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	SERVICIO DE URGENCIA BASICA	

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 3014547815	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION URGENCIAS					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLOMBIA PROCESO SALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	07	*Año*	2010	*Día*	15	*Mes*	04	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIA					*DIRECCIÓN* Av. El Libertador #24-147						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOTRASMAR CTA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2007	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIA					*DIRECCIÓN* Av. El Libertador #24-147						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERENT			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2003	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIA					*DIRECCIÓN* Av. El Libertador #24-147						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	0

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA 2023

DOLORES CAMARGO

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia y en su nombre

DUPLICADO
Original expedido en el año 1980

Institución Educativa Distrital "Liceo Celedón"

Monumento Nacional

Creado por Decreto 118 del 24 de Noviembre de 1.905 de la Gobernación del Magdalena

Licencia de funcionamiento según

Resolución 411 de 25 de Febrero de 2011

Jornada Nocturna

Confiere a:

Dolores María Camargo Luna

Identificado en Santa Marta.

El Título de:

Bachiller Académico

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

Rector (a)

Secretario (a)

Libro 29 Folio 015 Acta ___ Año 1980

Dado en Santa Marta a 13 días de junio de 20 18

Powered by CamScanner

República de Colombia
Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena
y en su nombre
El Centro de Educación en Salud del Magdalena
"Cesmag" Gabriel Angula

Certifica que:

DOLORES MARIA CAMARGO LUNA

Titular de la C.C.No 36,541,930 expedida en Santa Marta

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecidos por el Ministerio de Salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Creada mediante Decreto No. 815 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1958
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Director del Cesmag

Dir. del Servicio Secc. de Salud del Magd.

Secretaria Académica

Santa Marta, Junio 22 del 2000

Powered by CamScanner

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No.12-90 Santa Marta
Teléfono 4215776 Fax 4234520
NIT.891.780.117-1

ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 99

En la ciudad de Santa Marta, a los veintidós (22) días del mes de junio del dos mil (2000), se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los Alumnos del Programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, la suscrita Directora y Secretaria Académica del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, institución aprobada en el Nivel Vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud, para otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** según Resolución No.2182 de agosto 9 de 1968, Decreto No.816 de diciembre 13 de 1949. Comprobada la situación legal académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** al alumno cuyo nombre, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación **DOLORES MARIA CAMARGO LUNA**, identificada con la cédula de ciudadanía No.**36.541.980** expedida en Santa Marta, Mag.

Es fiel copia de su original, fechada junio 22 del 2000 y consta de 36 alumnos, se inicia con el nombre y apellidos de **ACOSTA MIER MARGARITA DEL ROSARIO** y termina con el nombre y apellidos de **VELASQUEZ RODRIGUEZ ANDREA MERCEDES**.

Firmado y sellado por la Doctora **LUZ STELLA DURAN MANJARRES**, Directora y **MERCEDES OLANO RODRIGUEZ**, Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta, a los veintidós (22) días del mes de junio del dos mil (2000)

LUZ STELLA DURAN MANJARRES
Directora

MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Secretaria Académica

Powered by CamScanner

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

RESOLUCION No 47- 447

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

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1675 de1994, emanados del Ministerio de Salud , y

CONSIDERANDO

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

2 Que **DOLORES MARIA CAMARGO LUNA**, con cédula No. 36.541.980 de Santa María - Magdalena, ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, según acta de grado No. 88 de Junio 22 del 2.000.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado a **DOLORES MARIA CAMARGO LUNA**, con cédula No. 36.541.980 de Santa María - Magdalena; por EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO

PARAGRAFO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a Dolores María Camargo Luna, el contenido de la presente Resolución, conforme a lo estabtecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa María a los días del mes de del 2.000

HENRY GOMEZ CANDELARIO
Secretario de Desarrollo de la Salud

PIEDAD DE LA NOZ OROZCO
Profesional Universitaria

Powered by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

36541980

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *

Cambiar

7430

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-01→8:25:24 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	36541980	DOLORES	MARIA	CAMARGO	LUNA	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DOLORES MARIA CAMARGO LUNA identificado(a) con CC 36541980 registra La siguiente información:

2023-12-01→8:25:24 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2000-07-13	447	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

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

DOLORES MARIA CAMARGO LUNA

C.C. 36.541.980

por haber asistido y aprobado el curso:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género.

Realizado en modalidad virtual **del 15, 16 y 17 de Junio de 2020,**
con una intensidad horaria de 40 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019, y lo exigido en la ley 1146 del 2007 y Res 0459.

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

Regina Ortega Gual
PSICOLOGA

Alfredo Bolívar Tavera
MÉDICO PERITO

318 5954676 / 420 8588 info@acess.com.co

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

Dolores Maria Camargo Luna

CC 36541980 de santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-02-20
Fecha de vencimiento: 2025-02-20

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

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

Dolores Maria Camargo Luna

CC 36541980 de santa Marta - 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: 2023-06-10
Fecha de vencimiento: 2025-06-10

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

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

Dolores Maria Camargo Luna

CC 36541980 de santa Marta - 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.

Fecha de emisión: 2023-06-08
Fecha de vencimiento: 2025-06-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
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

Save Edit Download

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

Fecha: 09/Dic/2021, **Hora:** 07:45:07 a.m.
Apellido: Camargo Luna **Nombre:** Dolores Maria
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36541980
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Cra 12 No 34-156 Maria Eugenia
Telefono: **Celular:** 3014547815 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 96 Kg **Estatura:** 168 Cm **IMC:** 34.0 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Famisanar **ARL:** Positiva **AFP:** Sin Definir

HC: # 68126
Edad: 61 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 26/Oct/1960
Rh: O+

Examenes Realizados

nen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

estricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

ne Postural
icio Regular
cion Al Sitio De Trabajo
s Activas
De Vida Saludable
ar Epp Para Labor Que Desempeña
De Tapabocas Permanente
blir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

Mirta Cecilia Nuñez Gutierrez
Medico Especialista en Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional
Registro 1725

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

Dolores Maria Camargo Luna
CC 36541980

H
D

Powered by CamScanner

HUMB

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche E.S.E.

Oficina Asesora Jurídica y
Control Disciplinario

LA SUSCRITA 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 DOLORES MARIA CAMARGO LUNA, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 36.541.980 expedida en Santa Marta (Magdalena), prestar los servicios como AUXILIAR DE ENFERMERÍA de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE." desde el 01 de abril de 2021, mediante la modalidad de contratos de prestación de servicios, con una consignación mensual de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1.800.000).

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintidós (22) días del mes de marzo de 2023.

KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario

ELABORÓ: RONALD [illegible] GOMEZ CAMACHO
[illegible] OFICINA JURIDICA.

VIGILADO Supersalud

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 36541980 **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 08:31 AM

Código Verificación: **14G9LYKM36**

Válida hasta: **29/02/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única*			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	1-4-11	0321700220	Lily L.
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	1-4-11	0321700220	Lily L.
	2	27-5-11	1434034021	Yenifer G.
	3	26/6/19	0321700280	Hondu

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1-4-11	65360	20 años	Lily L.
Contra Influenza				
Otras				

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

Conservelo

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

Libertad y Orden

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: [redacted]

Apellidos: [redacted]

Documento de identidad: [redacted]

Fecha de Nacimiento: 21 10 1960

Powered by CamScanner

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración: OTRO

Fecha de publicación: 2023-02-07 16:25

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DOLORES	MARIA	CAMARGO	LUNA

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 36541980

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/ uotra donde trabaje: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País: COLOMBIA Departamento: MAGDALENA Municipio: SANTA MARTA

Dirección: CRA14 No 23-42 ALCAZARES

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 prestacióndel servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$21.600.000
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$00
Honorarios	$1.800.000.00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$23.400.000

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 AHORROS	COLOMBIA	$ 0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí 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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

Sí [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro dejunta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con

ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DOLORES MARIA CAMARGO LUNA identificado(a) con CC 36541980 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/03/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 01 días del mes diciembre del 2023 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

DOLORES MARIA CAMARGO LUNA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.541.980**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		1/04/2022

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: DOLORES MARIA CAMARGO LUNA — Sexo: M | F | X

Tipo de Documento						Número	Expedido en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36841980	SANTA MARTA	9/04/1979

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
25	11	1978	SANTA MARTA	CRA 12 # 34 - 156	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
LOLAMARQ2@HOTMAIL.COM	3014847815	

Ocupación (Seleccione)									Actividad Principal CIIU	
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado		

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
ACTIVIDAD RELACIONADA CON LA SALUD	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo
Hospital Universitario Julio Mendez Barrenecha	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.500.000	Total Egresos mensules	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	1.500.000	Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes / Año	Es declarante?	SI / NO X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declara si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declara que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado provienen de:

ACTIVIDAD PROFESIONAL

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de los dineros y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos, provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depositos que a mi(s) cuenta(s) efectuen terceros con dinero proveniente de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha 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 Barrenecha, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preestablecido en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Le entiendo implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignen 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 Barrenecha 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 Barrenecha no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley estatutaria Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez

Dolores Camargo Luna

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner

CON EL AUSPICIO DE:

CV-202101-MASM0003

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

Certifica que:

DOLORES CAMARGO LUNA
C.C. 36541980

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO Y ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 23 de Enero de 2021, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **enero de 2023**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

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

Dolores Maria Camargo Luna

CC 36541980 de santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico
con un total de 120 Horas.

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

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
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

Powered by CamScanner

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche E.S.E

CERTIFICADO
DE APROBACIÓN

El Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche E.S.E.

CERTIFICA QUE:

DOLORES MARIA CAMARGO LUNA

CURSÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN
Socialización Política IAMII

En testimonio de lo anterior, se firma el presente certificado en la ciudad de Santa Marta

Powered by CamScanner