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

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, **MARGELIS MARIA VASQUZ RUA**, Identificado con Cédula No. **57462644** 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 acontinuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Margelis Vasquez

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.462.644

VASQUEZ RUA
APELLIDOS

MARGELIS MARIA
NOMBRES

Margelis Vásquez R.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1984
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

11-FEB-2003 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



P-2150150-51118141-F-0057462644-20030925 0094903237B 01 1493301116

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57462644**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57462644	VASQUEZ	RUA	MARGELIS	MARIA	02/09/21

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

El (la) suscrito(a **MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA** identificado con**C.C./C.E./P.P No 57.462.644** 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 laRepública, **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 15 del mes de Marzo de 2024.

Firma Margelis Vasquez
Nombre MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA
Cédula 57462644

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	MARGELIS MARIA
Apellidos	VASQUEZ RUA
Fecha de Nacimiento	16/11/1984 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	57462644
Dirección	CARRERA 28 No. 29 A 37 VILLA DEL RIO
Código postal	47001
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	margelisrua@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3008602586
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	PEDRO
SMS para recuperar la contraseña	3008602586

Editar

Santa marta, marzo de 2024

DR. GERMAN GAVIRIA VARGAS
GERENTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

RESPETADO DOCTOR:

Yo **MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA** Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 57.462.644 Expedida en Santa Marta y con Domicilio de Residencia en la Ciudad de Santa Marta, **OFREZCO MIS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA** en este prestigioso Hospital.

Cordialmente y Agradecido



MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA
C.C. 57462644
DIRECCION: CARRERA 28 # 29 A 37 VILLA DEL RIO
E-MAIL: margelisrua@hotmail.com
CEL: 3042652441

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14946852371

(415)7707212489984(8020) 000001494685237 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 6 2 6 4 4	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 7 4 6 2 6 4 4	2 0 0 3 0 2 1 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VASQUEZ	RUA	MARGELIS	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 28 29 A 37 BRR VILLA DEL RIO ET II

42. Correo electrónico: margelisrua@hotmail.com

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

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 1 1 0 2 7						5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	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: 1 61. Fecha 2023 - 09 - 13 / 10 : 47: 29

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 QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA

985. Cargo Analista III

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
Vasquez	Rua	Margelis

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57462644	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES 11 AÑO 1984

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

- CARRERA 28 No. 29A 31 VILLA DEL RIO

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3142154588 EMAIL margelisrua@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	12	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			09	2002	1371

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 ANTERIOR

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AREA PSIQUIATRIA	- CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HUJMB	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	CALLE 23 KRA 14 ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HUJMB	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	REQUIERE CORRECCION	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FUSAMEN		X	COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3008164575	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2010	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2010

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	BARRIO EL PRADO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRAL JULIO MNDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2005	*Día*	04	*Mes*	04	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 23					

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	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	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 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

MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

La Secretaría de Desarrollo de la Salud

En su Nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena

Teniendo en Cuenta que

Marielis María Vásquez Ruiz

C.C. No. 57.402.644. Expedida en Santa Marta.

Cursó y Aprobó todos los estudios programados por el Centro y Cumplió con todas las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el certificado de:

Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería

En constancia de lo anterior se firma y sella este certificado en la Ciudad de Santa Marta a los 04 días del mes de Octubre/2002.

Director Centro

Secretario Técnico

Secretario para el Desarrollo de la Salud

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
Calle 23 No. 12-90 Santa Marta
Teléfono No. 4215778 FAX No. 4234520
NIT: No. 891-780-117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 120

En la ciudad de Santa Marta, a los cuatro (04) días del mes de octubre del año 2002 se reunieron con el fin de formalizar la certificación de sesenta y tres (63) alumnos del curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, el Director y la Secretaria Académica del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, Institución creada mediante Decreto No. 815 de diciembre 13 de 1.949, aprobada en el Nivel Vocacional según resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, modificado mediante ordenanza No. 020 de diciembre 23 de 1.992 y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional, para otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA al alumno cuyos nombres y apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación, **VASQUEZ RUA MARCELIS MARIA** identificada con cédula de ciudadanía No. 57.462.644 expedida en Santa Marta (Magdalena).

La anterior acta fue fechada octubre 04 de 2002 y consta de sesenta y tres (63) alumnos que comienzan con los nombres y apellidos de **ALVARADO TORRES LISBETH** y cierra con los nombres y apellidos de **ZUÑIGA MARTINEZ OLGA MARIA**.

Fue firmada por ARTURO CAMARGO DE LA CRUZ, director y MERCEDES OLANO, Secretaria Académica.

Es copia de su original que se expide en Santa Marta, a los catorce (14) días del mes de julio de 2005.

ANSELMO ARUMALA LINERO
Director

LAURA AGUDELO GARCIA
Secretaria Académica

Universidad del Magdalena

CAPACITACIÓN "ACTUALIZACIÓN DE CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL"

Certifica que:

Margelis Vásquez

Ha participado en calidad de asistente en la CAPACITACION "ACTUALIZACION DE CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL con una intensidad de 24 horas, que se llevó a cabo del 3 al 29 de noviembre de 2015 en el hospital Fernando Troconis, Santa Marta D.T.C.H.- Colombia.

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ
Directora del programa de Enfermería
Universidad del Magdalena

TATIANA GONZALEZ NEGUERA
Docente asociada Universidad del Magdalena

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

RESOLUCIÓN No. 47- 1371

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

CONSIDERANDO:

Que, **VÁSQUEZ RUA MARGELIS MARIA**, identificada con cédula de ciudadanía N° 57.462.644 expedida en Santa Marta - Magdalena ha solicitado el registro de su TITULO de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, según Acta de Certificación No. 120 de 04 de Octubre de 2002.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **VÁSQUEZ RUA MARGELIS MARIA** para ejercer la profesión de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 27 DIC 2002

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

LIDERAZGO SEGURIDAD Y TRANSPARENCIA

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 *

57462644

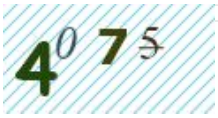
Primer Nombre

margelis

Primer Apellido

vasquez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1011

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-03-21→4:50:33 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57462644	MARGELIS	MARIA	VASQUEZ	RUA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA identificado(a) con CC 57462644 registra La siguiente información:

2024-03-21→4:50:33 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2005-07-27	1371	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ENTHA

EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO

Centro Internación De Entrenamiento En Emergencias Y Urgencias.

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

CERTIFICA QUE

MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA

I.D. N° 57462644

CURSO Y APROBO EL

Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual y de Género

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capítulo y numeral 8 del ministerio de educación nacional. Según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla- Atlántico, el día 18 De Marzo De 2022

Con una intensidad horaria de 46 horas académicas

Este Certificado tiene una vigencia de (02) años apartir de su fecha de emisión

REG:
08f1540a6a1d4e61

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS

ACASS

ENTHA

www.enthaltda.com.co

ENTHA

EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO

Centro Internación De Entrenamiento En Emergencias Y Urgencias.

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN
PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT. 900223619-0

CERTIFICA QUE

MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA

I.D. N° 57462644

CURSO Y APROBO EL

Curso de Soporte Vital Cardiopulmonar Básico (BLS) Para Tecnólogos, Técnicos Y Auxiliares En Salud

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capitulo y numeral 8 del ministerio de educación nacional. Bajo los parámetros establecidos por I.L.C.O.R, American Heart Association y European Resuscitation Council 2020-2025 y según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 18 De Marzo De 2022

Con una intensidad horaria de 24 horas academicas

REG:
c54f6f2ceee71d11

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD. OR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS

ACASS

ENTHA

www.enthaltda.com.co

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Verificación

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

Certifica

Margelis María Vásquez Rua

CC 57462644 de Santa Marta, Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-09
Fecha de vencimiento: 2025-06-09

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

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

Margelis María Vásquez Rua

CC 57462644 de Santa Marta, Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto 1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-09
Fecha de vencimiento: 2025-06-09

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

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



Fecha: 14/Dic/2022, **Hora:** 05:14:26 p.m. **HC:** # 75616
Apellido: Vasquez Rua **Nombre:** Margelis Maria **Edad:** 38 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 57462644 **Sexo:** Femenino ♀
Empresa: Particular **Nacim:** 16/Nov/1984
Cargo: Auxiliar De Enfermeria **Rh:** A+
Direccion: Cra 28 No 29a-37 Villa Del Rio Etapa 2
Telefono: **Celular:** 3142154588 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 144 Kg **Estatura:** 163 Cm **IMC:** 54.2 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Control Eps
Dieta
Ejercicio Regular
Valoracion Nutricional
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

Margelis Maria Vasquez Rua
CC 57462644

Huel
Digit

Powered by CamScanner

222

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

El Gerente y la Enfermera Coordinadora

CERTIFICAN

Que MARGELIS VASQUEZ asistió al Seminario Taller sobre

DESARROLLO MENTAL Y ACTITUDINAL

Santa Marta, Diciembre 5 de 2007

JUAN [illegible]
Director

CECILIA TORRES AYALA
Enf. Coordinadora

WILLIAM [illegible]
Conferencista y
Profesional Empresarial

E.S.E Centro de Rehabilitación y Diagnóstico "FERNANDO TROCONIS"

CERTIFICA

Que MARGELIS VASQUEZ RUA

Asistió al

I CURSO DE ACTUALIZACION EN PSIQUIATRIA PARA MEDICOS Y ENFERMERAS

Celebrado en Santa Marta en el Auditorio del Hotel Yuldama - Rodadero los días 19 y 20 de Septiembre de 2003 con una intensidad de 18 horas.

Dr. Juan Eduardo Gutiérrez
GERENTE

HOSPITAL CENTRAL
JUAN MENDEZ BARRENECHE E.S.E.

SECCION HOSPITALIZACION

LA SUSCRITA ENFERMERA DE LA SECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

CERTIFICA:

Que la auxiliar de Enfermería **MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA** identificada con la cédula de Ciudadanía **No. 57.462.644** , realizó practicas de inducción en los diferentes servicios de la institución; durante el tiempo comprendido 12 de Mayo al 6 de Septiembre /2003, tiempo en el cual mostró mucho interés por su aprendizaje y buen comportamiento.

La presente constancia se expide a solicitud de la interesada a los Quince (15) días del mes de Septiembre de 2003.

REGINA MEJIA MELENDEZ
Enfermera Sección Hospitalización

Elvira R.

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 57462644 **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 21/03/2024 03:50 PM

Código Verificación: **KB7SGZXME3**

Válida hasta: **19/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

MINSALUD | GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yargelis Marin

Apellidos: Vasquez Ruiz

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 57462644

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 11 Año 1984

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	14/abril/06	E4 23L-K	Vacunador
Fiebre amarilla	Única	04/Feb/06	154481	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2	3 años	2.2/F.OCT/08	
	3			
	4	04/Feb/2016	Pendiente	
	5			
Hepatitis B	1	23/Enero/06	3M 130324	
	2	23/Feb/2006	18A52	
	3	23/Jul/2006	Dosis 13432	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti tábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	12/09/2010	Tda 2674	
Otras	1	04/Feb/2010	0124 L20560	

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	2023-02-14 17:12

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARGELIS	MARIA	VASQUEZ	RUA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57462644

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$1.800.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$1.800.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE 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 [ ]

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

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57462644
NOMBRES Y APELLIDOS	Vasquez Rua,Margelis Maria
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Vasquez Rua,Margelis Maria, a los 15 días del mes de marzo del año 2024.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.462.644**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

HUMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSIÓN: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos MARCELIS MARIA VASQUEZ RUA												Sexo			
												M		F	X
Tipo de Documento								Número		Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		57.462.644	SANTA MARTA	11/02/2003			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X								X		3			X		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
16	11	1984	SANTA MARTA			CRA 28 #29A - 37 VILLA DEL RIO ETAPA 2					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
marcelisrua@hotmail.com											3142154588				
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	1	0	
Detalle Actividad Económica											Descripción del CIIU				
AUXILIAR DE ENFERMERIA											ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICA CON INTERNACION				

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	
E.S.E HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio					Ciudad		Barrio	No. Teléfono
KRA 14 #23-12					SANTA MARTA		ALCACERES	4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.800.000			Total Egresos mensules	1.800.000		
Otros Ingresos Mensules				Otros Egresos Mensuales			
Total Activos				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 declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?	NO						
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?	NO						
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:	SALARIO						

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes 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 depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen 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 a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A



Marcelis Vasquez Rua

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)

Powered by CamScanner