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

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, _____HELEN EVELYN SALAS TORRES_____, Identificado con Cedula No. _____57437 414_ y Profesi6n _ENFERMERA____ 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 sefialan a continuaci6n. Estos datos ser~n recolectados por el HUJMB con fines de contrataci6n.

FIRMA: 

	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 afios)		X
8	Licencia de Conducci6n- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		X
9	RUT - Registro Único Tributario (Afio 2023)	X	
10	Hoja de Vida ³ Funci~n p~Elica (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	X	
11	Copia de Soportes acad~micos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - M~dicos, Bacteri6logo, Psic6logo y Enfermera (fecha vigente - Mes Actual).	X	
13	Convalidaci6n de Titulo (M~dicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educaci6n Nacional.		X
14	Resoluci6n departamental para ejercer profesi6n - (Personal Asistencial)	X	
15	Tarjeta Profesional	X	
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)	X	
17	P6liza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (M~dicos y Especialistas)		X
18	Curso Guía de Atenci6n 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) afios).		X
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y M~dicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) afios).	X	
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pedi~trico -- PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) afios).		X
22	Curso de Reanimaci6n Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonat6logo) (Vigencia no Superior a DOS (02) afios).		X
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del ~rea de UCI, excepto Especialistas)		X
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formaci6n continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - M~dicos Generales y Especialistas del ~rea de *UC/ y Hospitalizaci~n*.		X
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formaci6n continua para la GESTION DEL DUELO (Personal asistencial del ~rea de *Atenci~n del Parto, UC/ Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
26	Certificaci6n vigente de aprobaci6n de la evaluaci6n de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (M~dicos Generales y Especialistas de las ~reas de *Hospitalizaci~n, UC/, Urgencias y Cirugías.*		X
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formaci6n continua en la atenci6n a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QU[MICOS (Personal Asistencial del ~rea de *Urgencias y Transporte Asistencial*).	X	
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) afios).		X
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, p~rrafo 2 — Ex~menes m~dicos según Procedimiento de evaluaciones m~dicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) afios)	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	X	
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS — Diligenciar en la p~gina web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) afio)	X	
34	Certificaci~n de afiliaci~n al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE - Mes Actual)	X	
35	Certificaci~n de afiliaci~n al sistema de Seguridad en Pensi~n (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 **57.437.414**

SALAS TORRES

APELLIDOS

HELEN EVELYN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1973**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-AGO-1991 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00368867-F-0057437414-20120404 **0029**576488A 1 4421785323

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57437414**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57437414	SALAS	TORRES	HELEN	EVELYN	2022-03-05, 5:34 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	57437414	SALAS	TORRES	HELEN	EVELYN	2023-06-08, 4:28 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	57437414	SALAS	TORRE	HELEN	EVELYN	2023-09-08, 11:30 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) ____HELEN EVELYN SALAS TORRES_____ identificado con C.C./C.E./P.P No. _____5 7 4 3 7 4 1 4 expedida en __SANTA MARTA_, autorizo libre, expresa e inequivocamente, y exclusivamente para los fines y en los t~rminos 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 – Contraloria General de la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduria General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policia Nacional) - Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policia 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.

Asi 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 Politica 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 dia ___20 _ del mes de marzo de 2024.

Firma _____ _____
Nombre _____HELEN EVELYN SALAS TORRES_
C~dula _____57437414_____

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	ENFERMERA JEFE
Título	Sra.
Nombre	HELEN EVELYN
Apellidos	SALAS TORRES
Fecha de Nacimiento	17/02/1973 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	HELEN EVELYN SALAS TORRES
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	57437414
Dirección	CALLE 38 #37-38
Código postal	
Estrato	
Ubicación	SANTA MARTA
País	COLOMBIA
Correo electrónico	helen.salas@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3188473306
Nivel Educativo	Universitaria completa (con 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	juan
SMS para recuperar la contraseña	3188473306

Editar

Santa Marta, Marzo 14 de 2024

Señores
E.S.E. HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE
Santa Marta

PROPUESTA DE SERVICIO

Por medio de la presente me permito ofrecer mi servicio profesional de Enfermera; soy una persona capacitada y orientada a la humanización del servicio de enfermería, dispuesta a desempeñar cargos tanto asistenciales como administrativos, urgencias, triage, hospitalización y UCI.

OBJETIVO Y ALCANCE

Guiar al personal a cargo con criterio y cualidades de líder, haciendo seguimiento y evaluación del servicio con calidad en pro del beneficio y/o recuperación de los pacientes.

Participar de manera proactiva y permanente en la implementación de estrategias laborales, teniendo como prioridad la seguridad del paciente y la atención de alta calidad en servicios de salud.

Laborar con el sistema espejo y ejemplo en el cumplimiento de las normas tanto laborales como las de Bioseguridad, encaminadas a proteger la vida e integridad de pacientes, sus familiares y personal de atención.

Supervisar y evaluar permanentemente el equipo de trabajo a cargo en el cumplimento de los procesos en beneficio del usuario y la entidad que usted representa.

Cordialmente,



HELEN EVELYN SALAS TORRES
ENFERMERA JEFE
C.C. 57437414
Direccion: Calle 38 No. 37 – 38 casa F2 Miracampestre Reservado
Email: helen.salas@hotmail.com
Celular: 3188473306

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945452260

(415)7707212489984(8020) 000001494545226 0

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

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
SALAS	TORRES	HELEN	EVELYN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 38 37 38 CON MIRA CAMPESTRE RESERVADO

42. Correo electrónico helen.salas@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
0 0 1 0	2 0 0 9 1 2 0 3	5 6 3 0	2 0 1 9 0 1 0 1			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
1 2 2 8	

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	5	2 2																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Obligados 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 ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

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

984. Nombre
985. Cargo

EN TRAMITE COSTO
DOCUMENTO SIN

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
Salas	Torres	Helen Evelyn

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57437414

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES 02 AÑO 1973

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 38 - 37 38 MIRACEMPESTRE

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL helen.salas@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 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	8	X		ENFERMERIA	07	2010	28551

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA DE HOSPITALIZACION ADULTO					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESIMED ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	05	*Año* 2013	*Día*	04	*Mes*	04	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA URGENCIAS	*DEPENDENCIA* URGENCIA TRIAGE					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 9 - 113 52 oficina 1901						

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	2	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	5

FORMATO COMPLETO

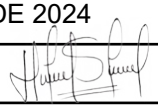
HOJA DE VIDA

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento: SANTA MARTA 20 DE MARZO DE 2024



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia y en su Nombre,

El

Instituto Magdalena

De Santa Marta - Magdalena

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 15109 del 9 de Octubre de 1.984

Confiere a:

Helen Evelyn Salas Torres

El Título de

Bachiller Comercial

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

El Rector

La Secretaria

Santa Marta, 4 de Diciembre de 1.9 92

Anotado al folio No. 1051 del Libro de Registro No. 4.RE 5357

Secretario de Educación

Dado en Santa Marta, a los 16 días del mes de Abril de 1.9

Acta de Grado

En la ciudad de Santa Marta a los 4 días del mes de Diciembre del año de 1990 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del INSTITUTO MAGDALENA JORNADA MAÑANA modalidad COMERCIAL institución aprobada hasta en el nivel de Educación Media TECNICO y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad , según Resolución(es) Númer(os) 15109 Octubre 9 de 1984

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

No.	NOMBRE
37-JM	HELEN EVELYN SALAS TORRES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C.#57.437.414 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 008 de fecha XII-4-1990 que consta de 96 alumnos graduados, comienza con el nombre de AMADOR MERVCADO LINDA ROSA y se cierra con el nombre de, GARCIA ALICIAALICIA DEL SOCORRO firmado y sellado por CARMEN CASTRO MESA (Rector) y CARMEN ESCOBAR GRANADOS (Secretario)

Dado en Santa Marta a los 30 días del mes de Octubre de 2003

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1981

ESTA ACTA ES FIEL COPIA DEL LIBRO GENERAL DE GRADUACION DE ESTA INSTITUCION.

Firmado y Sellado

CARMEN CASTRO MESA
El Rector o Director (a)
c. c. No. 32.469.368 de Medellín

CARMEN ESCOBAR GRANADOS
El Secretario (a)
c. c. No. 36,522.202 Santa Marta

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

HELEN EVELYN SALAS TORRES

con cédula de ciudadanía No. 57.437.414 de Santa Marta

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma
y se firma en Santa Marta el día 17 de Septiembre de 2010

Rector

Director(a) Sede

Decano(a) de la Facultad

Como Notaria Tercera de éste Circulo hago constar que ésta FOTOCOPIA coincide con su original que he tenido a la vista.
30 NOV. 2010
ROSA VICTORIA CAMPO RODRÍGUEZ
NOTARIA TERCERA
SANTA MARTA D.T.C.H.

Gloria Patricia Ruiz
Secretario(a) General

Registros y Diplomas

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolucion 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 30

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA: ENFERMERIA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: SNIES 18204610073470011100

FECHA: 17 DE SEPTIEMBRE DE 2010

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - SANTA MARTA

En atención a que HELEN EVELYN SALAS TORRES

con cédula de ciudadanía No. 57,437,414 de SANTA MARTA

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y

estatutarias, le expide el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta

No. 08 en sesión del día 18 de AGOSTO de 2010

Para constancia se suscribe por:

CESAR AUGUSTO PEREZ GONZALEZ
Rector (E)

OMAR VARGAS VARGAS
Director(a) Seccional

EDUARDO BARRENECHE BAUTE
Decano(a) Facultad

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

THOMAS GREG & SONS.

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **HELEN EVELYN SALAS TORRES** identificada con la cédula de ciudadanía 57.437.414 no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los seis días (06) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023)

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 196
"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE MAGDALENA

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

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **HELEN EVELYN SALAS TORRES**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 57.437.414, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** del ejercicio de su profesión según Titulo de **ENFERMERA,** que le otorgó la **UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA**, Santa Marta - Magdalena, según Acta Individual de Graduación No. 30 del 17 de Septiembre de 2010, Diploma anotado al Folio No. 746 del Libro No. 5.

Que **HELEN EVELYN SALAS TORRES** participó en el sorteo de plazas para el Servicio Social Obligatorio, realizado en el Ministerio de la Protección Social, el día 18 de Febrero de 2011 dando cumplimiento a la Resolución No. 5462 del 24 de Diciembre de 2010, expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Que una vez realizado el sorteo **HELEN EVELYN SALAS TORRES**, no salió favorecido (a), quedando exento(a) de prestar el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **HELEN EVELYN SALAS TORRES,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 57.437.414 expedida en Santa Marta - Magdalena para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 17 MAR. 2011

STEVENSON MARULANDA PLATA
Secretario Seccional de Salud de Magdalena

Proyectado y Revisado por: MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ - Profesional Especializado

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE **HELEN EVELYN SALAS TORRES**

C.C. **57.437.414 SANTA MARTA**

UNIVERSIDAD **COOPERATIVA DE COLOMBIA**

RUN No. **28551**
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO **08/JUL/2011**

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS **08/JUL/2021**

Resultado General -2024-03-20--3:39:42 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57437414	HELEN	EVELYN	SALAS	TORRES	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) HELEN EVELYN SALAS TORRES identificado(a) con CC 57437414 registra La siguiente información:

2024-03-20--3:39:42 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2011-07-08		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2011-03-17	196	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).

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

Helen Evelyn Salas Torres

CC 57437414 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS)
con un total de 80 Horas.

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

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

Helen Evelyn Salas Torres

CC 57437414 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Soporte Vital Avanzado RCCP (ACLS) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-02-08
Fecha de vencimiento: 2025-02-08

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

Helen Evelyn Salas Torres

CC 57437414 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: 2023-09-05
Fecha de vencimiento: 2025-09-05

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

Helen Evelyn Salas Torres

CC 57437414 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: 2024-01-26
Fecha de vencimiento: 2026-01-26

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 MEDICO DE APTITUD LABORAL



Examen de ingreso: **X**

Fecha:13/03/24
Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: **E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche**
Nombres y Apellidos: **Helen Evelyn Salas Torres**
Cedula de Ciudadanía: 57437414
Sexo: F
Edad: 53 años
Labor a Desempeñar: **Jefe de Enfermería**
Principales Tareas: Planear, Organizar, ejecutar y supervisar planes y procesos asistenciales y administrativos del servicio de enfermería, para Velar por el cuidado y recuperación de los pacientes; trabajando en equipo, mostrando liderazgo y empatía**.** Y otras asignadas por la Dirección.
Celular: 3188473306
Correo: helen.salas@hotmail.com

Examen Medico Ocupacional:

- **Osteomuscular:** Arcos de Movilidad sin limitaciones
- **Valoración y Estimación Visual y Auditiva:** en Rango Normalidad
- **Aptitup al desempeño Laboral:** Positiva

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación y examen Médico normal, se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal, según los factores biomecánicos, sIcolaborales, Bioseguridad y otros implícitos en el programa de SG-SST, Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias

Recomendaciones:

- Hábitos de Estilo de Vida Saludable
- Higiene postural y de carga-Pausas Saludables
- Uso de EPP
- Cumplimiento de Normas de Higiene y seguridad en la Empresa.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes. La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.



SANTANDER MARQUEZ
Médico Esp SG-SST
R.M 0556 S.S.M-Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos — Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163901-Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	Distrito:SANTA MARTA	Municipio	Distrito:SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 . Barrio: Libertador .
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0343086***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección:AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Telefono(s):4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico:saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de Impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno MinSalud_PS:140030155

Versión 3.0.

NIT 800.215.908-8

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT. 800.215.908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina KACTUS, el (la) Sr(a) **HELEN EVELYN SALAS TORRES** identificado(a) con documento de identidad N° **57.437.414**, tiene registrado el siguiente historial de contratos laborales.

Con la empresa **CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP (EN LIQUIDACIÓN) NIT 830.106.376-1** desde el **2 de mayo de 2013**, hasta **el 30 de noviembre de 2015** con el cargo de **ENFERMERO JEFE** y contrato de trabajo **TERMINO INDEFINIDO**, con ultima asignación salarial mensual de **UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS ($1.971.795) M/Cte.**

De acuerdo con cesión de contrato de trabajo suscrita entre la CORPORACION IPS SALUDCOOP y con la empresa **ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS ESIMED S.A NIT 800.215.908-8** desde el día **01 de diciembre de 2015** hasta **04 de abril de 2021** desempeñando el cargo de **ENFERMERO JEFE,** con contrato de trabajo **TERMINO INDEFINIDO,** con ultima asignación salarial mensual de **UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS ($1.971.795) M/Cte. Motivo de Retiro: RENUNCIA**

Como constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los **05 de abril de 2021**.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 3223714566.

Cordialmente,

PENDIENTE FIRMA
DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)

Elaboro: Marlen Lemus B - Auxiliar de vinculación

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **HELEN EVELYN SALAS TORRES,** identificada con cedula de Ciudadanía No. **57.437.414** de Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **839** de fecha 10 de marzo de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de marzo al 31 de marzo de 2021, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL SETECIENTOS PESOS ($1.906.700).
2. No. **1641** de fecha 01 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
3. No. **2485** de fecha 01 de julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
4. No. **3489** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
5. No. **427** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2022, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
6. No. **1965** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($10.400.000).
7. No. **3257** de fecha 03 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de CATORCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($14.500.000).
8. No. **532** de fecha 01 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de CINCO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($5.800.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA Y DEMÁS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veinte (20) días del mes de enero de 2023.

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

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 57437414 **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 20/03/2024 03:17 PM

Código Verificación: **K4LS9AH5XC**

Válida hasta: **18/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

SUS VACUNAS
CENTRO DE VACUNACION
CLL. 79 Nº 50-71 L. 17 2 PISO
TELS. 3690568-3691348

11050884

Cortesía de
BIOTOSCANA S.A.
SU ÁNGEL PROTECTOR EN SALUD

CARNET DE VACUNACIÓN



Nombre	Helen Salas
Dirección	
Teléfono	
H.C.	
Entidad Vacunadora	

HEPATITIS B HEPAVAX GENE®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a	27-XII-06		
	2a	29-I-07		
	3a	12-III-07		

INFLUENZA AGRIPPAL® S1	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA VARICELLA VACCINE GCVC®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

HEPATITIS A EPAXAL®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-09-08 07:04

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
HELEN	EVELYN	SALAS	TORRES

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57437414

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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$32.100.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$32.100.000,00

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	$315.760,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTO	COLOMBIA	MAGDALENA	ALGARROBO	$7.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO CASA	$26.400.000,00

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 [X] No [ ]

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
MARLON	JOSE	MAX	CAMARGO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 77175803

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:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) HELEN EVELYN SALAS TORRES identificado(a) con CC 57437414 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**27/05/2020**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA**
Categoría:	**A**

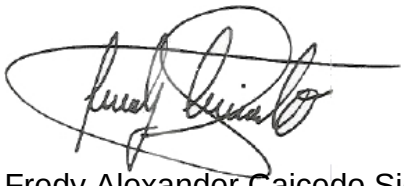
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 14 días del mes de marzo del año 2024 .

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.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HELEN EVELYN SALAS TORRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57437414,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de marzo de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL**	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARA	ENFERMERIA	10-mar-21

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

HELEN EVELYN SALAS TORRES														Sexo				
														M		F	X	
Tipo de Documento										Número			Expedida en				Fecha de Expedición	
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		57437414			SANTA MARTA				13-ago-91	
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				
17	2	1973	SANTA MARTA			CLL 38 # 37- 38 MIRACAMPESTRE RESERVADO					SANTA MARTA			MAGDALENA				
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono				
helen.salas@hotmail.com											3188473306							
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU							
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado			8610							
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIIU										
ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO								ATENCION DE PACIENTES										

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
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 # 23 - 42	SANTA MARTA	ALCAZARES	6054365007
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 2.900.000			Total Egresos mensuales 2.000.000					
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos 250.000.000			Total Pasivos 30.000.000					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2021	Es declarante?	SI	X	NO		
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?								
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?								
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: CONTRATO LABORAL								

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades 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. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los



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