HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC33F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Nayibis Salazar Ramos Identificado con Cédula No. 57460546 y Profesión Auxiliar de Enfermeria **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Nayibis Salazar R.

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.460.546**

SALAZAR BARRIOS
APELLIDOS

NAYIBIS DEL CARMEN
NOMBRES

Nayibis Salazar B
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUN-1984**
CERRO DE SAN ANTONIO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.43	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-SEP-2002 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2100100-51116731-F-0057460546-20030819 **07304**03231B 01 137391413

Escaneado con CamScanner

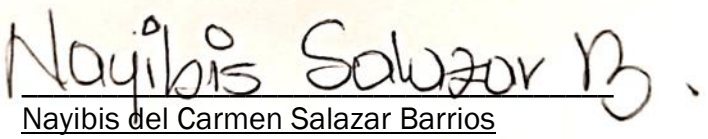

SIJI - Hospital Universitario Julio
siji.hujmb.gov.co/proveedores/consulta/natural.php
Actualizar
Ejemplos de razona...
Sistemas de Inform...
Nueva carpeta
Ingreso Simulacro I...
Banco Terminológico
Campus Virtual DIN...
Netflix
Iniciar sesión
SIUTH
AulaFacil
SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificación
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 57460546
Resultados encontrados:
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 57460546 SALAZAR BARRIOS NAYIBIS DEL CARMEN 2022-12-12, 7:03 pm
© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Nayibis del Carmen Salazar Barrios identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.460.546 expedida en Santa Marta-Magdalena, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

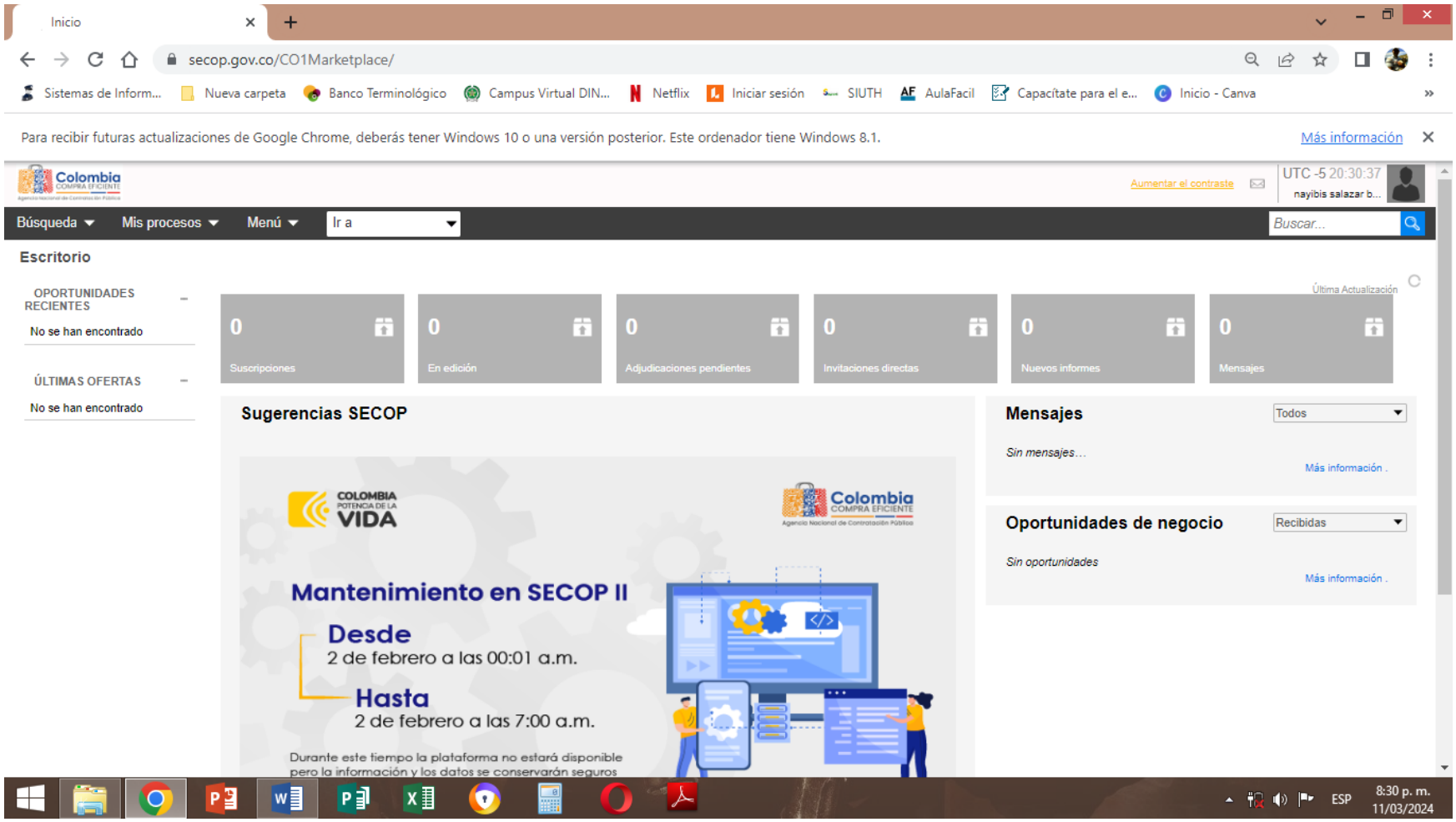
Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 11 del mes de Marzo de 2024.

Firma 

Nombre Nayibis del Carmen Salazar Barrios

Cédula 57.460.546

COPIA CONTROLADA


Inicio
secop.gov.co/CO1Marketplace/
Sistemas de Inform...
Nueva carpeta
Banco Terminológico
Campus Virtual DIN...
Netflix
Iniciar sesión
SIUTH
AulaFacil
Capacítate para el e...
Inicio - Canva
Para recibir futuras actualizaciones de Google Chrome, deberás tener Windows 10 o una versión posterior. Este ordenador tiene Windows 8.1.
Más información
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 20:30:37
nayibis salazar b...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Última Actualización
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
0 Mensajes
Sugerencias SECOP
COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA
Colombia Compra Eficiente
Mantenimiento en SECOP II
Desde
2 de febrero a las 00:01 a.m.
Hasta
2 de febrero a las 7:00 a.m.
Durante este tiempo la plataforma no estará disponible pero la información y los datos se conservarán seguros
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .
ESP
8:30 p. m.
11/03/2024

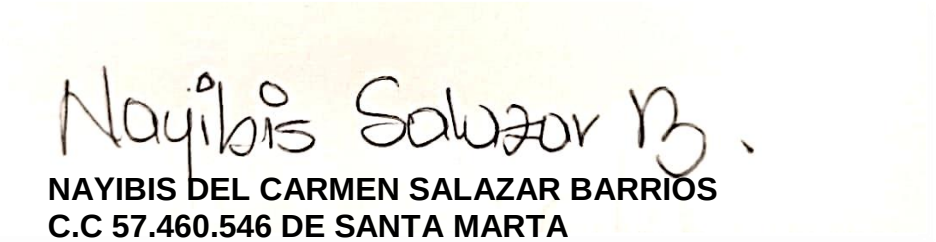
Santa Marta, 11 de marzo 2024

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo:

A solicitud de su respetada institución, yo **NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS**, identificada con cedula de ciudadanía No. 57.460.546 de Santa Marta-Magdalena, le solicito a usted me permita ingresar como **Auxiliar de Enfermería** espero reunir las condiciones para el cargo dentro de la empresa.

Atentamente,



NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS
C.C 57.460.546 DE SANTA MARTA
Dirección de residencia: manzana 7 casa 8 Barrio Libano 2000
Email: nasalazar11@hotmail.com
Celular: 30027270977

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14301914059

(415)7707212489984(8020) 000001430191405 9

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

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
SALAZAR	BARRIOS	NAYIBIS	DEL CARMEN

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 29 B 23 12 BRR LAS VEGAS

42. Correo electrónico: nasalazar11@hotmail.com

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

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 0 7 0 5 1 4						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

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2014 - 07 - 16

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 ARROYO DUQUE BENIVALDO SEGUNDO
985. Cargo Analista V

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Salazar	Barrios	Nayibis Del Carmen

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 57460546	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 11 MES 06 AÑO 1984	CALLE 29 B ° 23 -12 CASA LAS VEGAS			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	CERRO DE SAN ANTONIO	TELÉFONO		EMAIL	nasalazar11@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	01	AÑO	2015
										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	4	X			12	2005	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	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
4306464	Día 15 Mes 09 Año 2014	Día Mes Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR AREA SALUD	AUX DE ENFERMERIA	CARRERA 14 - 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4213302	Día 10 Mes 04 Año 2007	Día 31 Mes 12 Año 2007

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	CALLE 23 N ° 13 A 02

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Nayibis Salazar B.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Departamental de Bachillerato de Cerro de San Antonio

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No 3164 del 19 de Octubre del año 2000

Confiere a:

Nayibis del Carmen Salazar Barrios

Identificada con T.I. No 840611-32359 expedida en Cerro de San Antonio

El título de:

Bachiller Académico en Ciencias Básicas

Por razón de haber alcanzado logros y objetivos propuestos en el Proyecto Educativo Institucional P.E.I. del plantel según el Decreto 1860 y la Ley 115.

Rector

Secretaria

Registro de Acta de Grado
Libro No 01 Acta No 022
Folio No 24 No de Orden 26

Cerro de San Antonio, 21 de Diciembre del año 2.001

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 1928

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:00 p.m. del día 22 de Diciembre de 2005, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional y conocimientos académicos en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A:

NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 2.440

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico.

DIRECTOR ACADEMICO
ANA MARIA GARCIA BOYANO

COORDINADOR ACADEMICO
JAIRO GARCIA LOPEZ

Escaneado con CamScanner

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional
La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital
Según Resolución No. 108 del 18 de Febrero de 1997
y 411 del 6 de Septiembre del 2000

En Atención a que

NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS

Identificado (a) con C.C./T.I. 57.460.546 Expedida en **Santa Marta**

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación no formal conforme a la norma reglamentada por el decreto 114 de 1.996 artículo 13

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional y Conocimientos Académicos en:

Auxiliar de Enfermería

Intensidad Horaria 2.440 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta,
El Día 22 del mes de Diciembre del año 20 05 Acta de Grado No. 1928

Director
ANA MARIA GARCIA BOYANO

Coordinador Académico
JAIRO GARCIA LOPEZ

Coordinador Programa
ALEXA DIAZGRANADOS PEREA

Escaneado con CamScanner

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

RESOLUCIÓN No. 47- 12061

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, **NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS**, identificada con cedula de ciudadanía No 57.460.546, expedida en Santa Marta – Magdalena, ha solicitado el registro de su Titulo de Técnico en **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó: LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA " CETECOS " según acta de grado No 1928 del 22 de Diciembre de 2005.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS** para ejercer la profesión de Técnico en **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

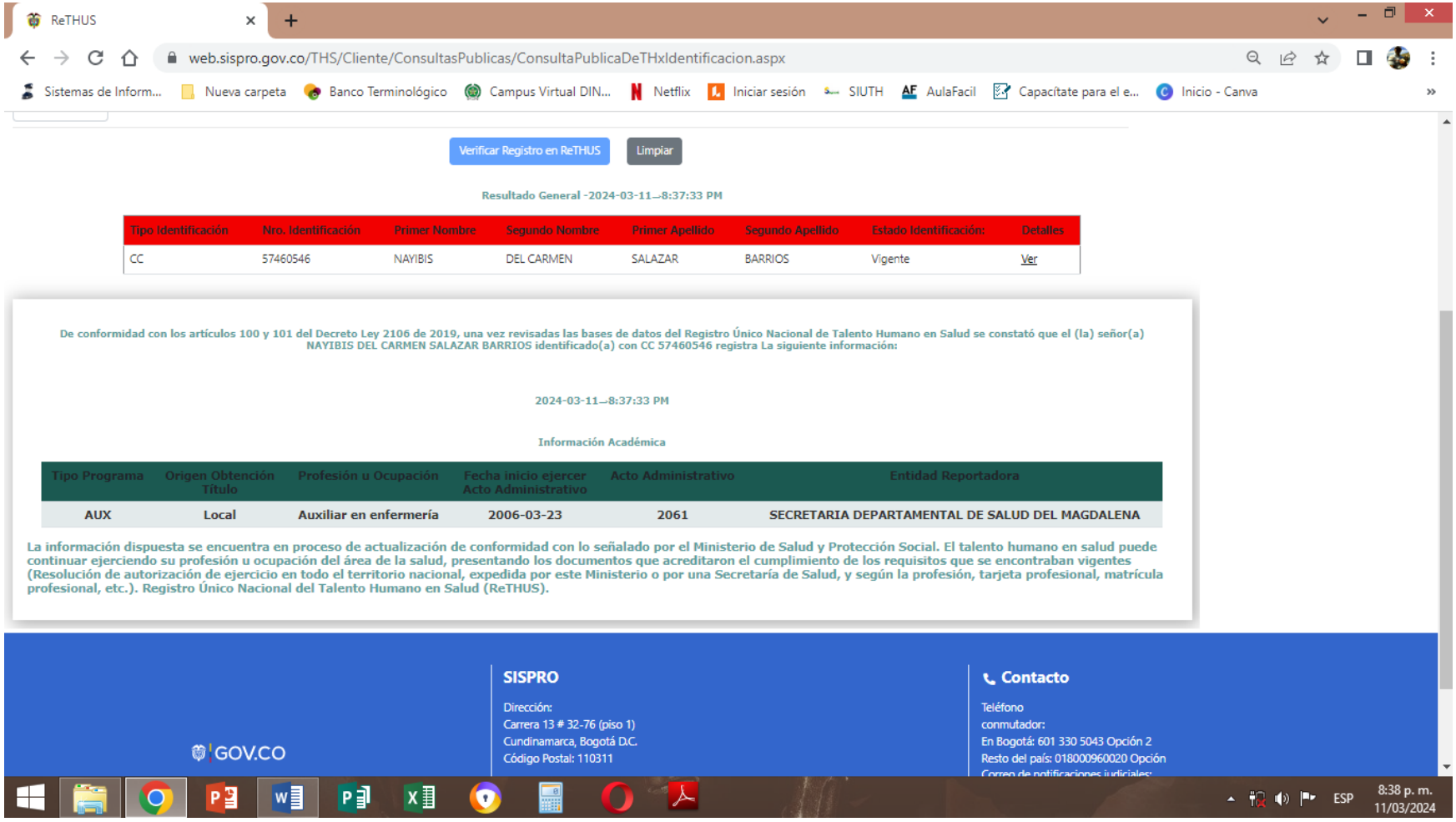
Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 23 MAR. 2006

Secretario

Coordinador

Proyectado por: ASRG

Escaneado con CamScanner


ReTHUS
web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
Sistemas de Inform...
Nueva carpeta
Banco Terminológico
Campus Virtual DIN...
Netflix
Iniciar sesión
SIUTH
AulaFacil
Capacítate para el e...
Inicio - Canva
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General -2024-03-11--8:37:33 PM
Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles
CC | 57460546 | NAYIBIS | DEL CARMEN | SALAZAR | BARRIOS | 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) NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS identificado(a) con CC 57460546 registra La siguiente información:
2024-03-11--8:37:33 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 | 2006-03-23 | 2061 | 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).
GOV.CO
SISPRO
Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311
Contacto
Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
ESP
8:38 p. m.
11/03/2024

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

Nayibis del Carmen Salazar Barrios

c.c. 57460546 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2022-11-09
Fecha de vencimiento: 2024-11-09

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. 901544869-6

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

Certifica

Nayibis del Carmen Salazar Barrios

CC 57460546 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2023-12-01
Fecha de vencimiento: 2025-12-01

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS.

C.C. 57,460,546

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"DIPLOMADO UCI PEDIATRICO Y NEONATAL"

"APOYO VITAL DEL PACIENTE PEDIATRICO Y NEONATAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 06 DE SEPTIEMBRE DE 2020
DURACIÓN 120 HORAS.
TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, ABORDAJE DEL NIÑO CRITICO, URGENCIAS PEDIATRICAS, MANEJO DE LA VIA AEREA, NEONATOLOGIA I, NEONATOLOGIA II.
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. JUAN PABLO SALGADO.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.
FECHA DE RENOVACION SEPTIEMBRE 2022

KAREN LOBO NARVAEZ
DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
LINEA NACIONAL: 310 7451759

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 10207215446
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

Escaneado con CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Nayibis del Carmen Salazar Barrios

c.c. 57460546 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-11-07
Fecha de vencimiento: 2024-11-07

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Verificación

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

Certifica

Nayibis del Carmen Salazar Barrios

CC 57460546 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2022-11-05
Fecha de vencimiento: 2024-11-05

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

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S
NIT: 901127782-6
Lic. Salud ocupacional 0460

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 01/12/23 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Nombres y Apellidos: **Nayibis del Carmen Salazar Barrios**
Cedula Ciudadanía: 57460546
Sexo: F
Edad: 39 Años
Labor a Desempeñar: Auxiliar de Enfermería
Teléfono Celular: 3002720977
Correo Electrónica: nasalazar11@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación y examen en video llamada, se procede a verificación de datos. Por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal como visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes para la atención de pacientes según clasificación en Bioseguridad. Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante la presentación de emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias.

Examen Médico Ocupacional con énfasis en Osteomuscular : Normal **Examen visual y Auditivo en rango de normalidad.**
Recomendaciones y/o restricciones: • HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE • PAUSAS ACTIVAS • 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.
Evaluada por teleconsulta decreto 358 del 2020–telemedicina resolución 2654 de 2019 artículo 2 de la ley 1419 de 2010



SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE
Medico ESP SG-SST
R.M 0556 S.S.M
Lic. S.O. 1301 S.S.M

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL
U. METROPOLITANA - U. SIMÓN BOLÍVAR
Lic. S.O. 0460 SSM

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S
NIT: 901127782-6
Lic. Salud ocupacional 0460

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

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:140039155

Versión 3.0.

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **57.460.546** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No.**143** de fecha 05 de Enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de Enero al 31 de Enero de 2016, por un valor de UN MILLÓN TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.350.000).
2. No.**819** de fecha 02 de Febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Febrero al 31 de Marzo de 2016, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
3. No.**1819** de fecha 01 de Abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2016, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
4. No.**2215** de fecha 01 de Julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de Agosto de 2016, por un valor de valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
5. No. **3418** de fecha 01 de Septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Septiembre al 31 de Octubre de 2016, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
6. No. **3980** de fecha 02 de Noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2016, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
7. No.**470** de fecha 03 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Enero al 31 de Marzo de 2017, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
8. No.**725** de fecha 01 de Abril de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2017, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
9. No. **892** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Julio al 31 de Agosto de 2017, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
10. No. **2063** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Septiembre al 30 de Septiembre de 201, por un valor de UN MILLÓN TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.350.000).

archivocontratacion@hujmb.gov.co
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
Santa Marta - Colombia

11. No. **2670** de fecha 05 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de Octubre al 30 de Noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2.700.000).
12. **ADICIÓN Y PRORROGA** No. 001 de la orden de prestación de servicio **No 2670** con plazo de ejecución del 1 al 31 de Diciembre de 2017, por un valor de UN MILLÓN TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.350.000).
13. No.**729** de fecha 16 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 16 de Enero al 30 de Junio de 2018, por un valor de OCHO MILLONES CIEN MIL PESOS ($8.100.000).
14. No. **1343** de fecha 3 de julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 3 de julio al 30 de septiembre de 2018, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
15. No. **2353 de** fecha 01 de Octubre de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre o al 31 de Diciembre de 2018, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
16. No. **284** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Junio de 2019, por un valor de OCHO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS ($8.586.000).
17. No. **1428** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTE CUATRO MIL PESOS. ($5.724.000).
18. No. **2075** de fecha 01 de Noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($2.862.000).
19. No. **736** de fecha 02 de Enero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril 2020, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTE CUATRO MIL PESOS ($5.724.000.00).
20. No. **1375** de fecha 01 de Mayo de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio 2020, por un valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($2.862.000).
21. No. **1923** de fecha 01 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
22. No. **2839** de fecha 01 de Octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000)
23. No. **398** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
24. No. **1485** de fecha 01 de Abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
25. No. **2420** de fecha 01 de Julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
26. No. **3474** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).

archivocontratacion@hujmb.gov.co
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
Santa Marta - Colombia

27. No. **353** 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 CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
28. No. **1632** 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 SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000).
29. No. **CD20233143** de fecha 02 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de NUEVE MILLONES DE PESOS ($9.000.000).
30. No. **CD20230785** de fecha 02 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
31. No. **CD20231329** de fecha 01 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 08 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($5.400.000).
32. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231329,** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1.800.000).
33. No. **CD20232364** fecha 01 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($5.400.000).
34. No. **CD20233637** fecha 01 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($5.400.000).

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veinticinco (25) días del mes de octubre de 2023.

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

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

archivocontratacion@hujmb.gov.co
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
Santa Marta - Colombia

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 57460546 **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 11/03/2024 09:28 PM

Código Verificación: **1N9JXU7V6F**

Válida hasta: **10/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Biológico		Fecha	Lote	Biológico		Fecha	Lote
Sarampión-Rubéola-SR	Dosis única	28/07/03	Ew 718	Fiebre Amarilla	Dosis única	01 - 11 /2004	037
Toxoide tetánico-diftérico Td	Dosis 1	03 07 14	024106		Dosis única		
	Dosis 2	08 08 14			Dosis única		
	Dosis 3			Hepatitis B	Dosis 1	10 - V - 03	0930018
	Dosis 4				Dosis 2	13 - VI - 03	0930018
	Dosis 5				Dosis 3	12 - VII - 03	0930018
	Dosis				Dosis		
	Dosis				Dosis		
	Dosis				Dosis		

SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL

PAB

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

CARNÉ DE VACUNACION

Expedido a: Dayibi Salazar

Documento de Identidad: 57460546

INMUNIDAD

Escaneado con CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-09-13 10:11

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NAYIBIS	DEL CARMEN	SALAZAR	BARRIOS

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	57460546

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	CERRO DE SAN ANTONIO

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$800.000,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$2.600.000,00

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

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

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:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS identificado(a) con CC 57460546 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

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

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 11 días del mes marzo del 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.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.460.546**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS** identificado con **CC** No. **57460546**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	**Fecha de inicio de cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013255306.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NAYIBIS DEL CARMEN SALAZAR BARRIOS

Sexo			
M		F	X

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C	X	C.E		T.I		R.C		PP		57460546	SANTA MARTA	12/09/2002

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
11	6	1984	Cerro de San Antonio	CALLE 29 B N° 23-12	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
nasalazar11@hotmail.com	3002720977	3002720977

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado		8	4	1	3

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	REGULACION DE LAS ACTIVIDADES QUE PRESTAN SERVICIO

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 N° 23-42	SANTA MARTA	LOS ALCAZARES	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES	$1.800.000	Total Egresos mensules	$ 1.800.000
Otros Ingresos Mensules	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	0	Total Pasivos	0
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 / Año 2022	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:

OCUPACION

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: _____OCUPACION_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. Declaro que. 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes

Nayibis Salazar B.



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