

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Nina Angarita Patiño identificado con Cédula No. 36538986 y Profesión Enfermera AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUMB) 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 HUMB con fines de contratación.

FIRMA: Nina Angarita Patiño

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.538.986

ANGARITA PATIÑO

APELLIDOS

ALBA

NOMBRES

Alba Constanza Patiño

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1959

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

22-DIC-1977 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2100100-00125713-F-0036538986-20081107

0005447633A 1

4440012872



 Pantalla Principal

 Persona Natural

 Persona Jurídica



Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36537143**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36537143	GONZALEZ	GARCIA	MIRIAM	ESTHER	2022-07-15, 2:52 pm

El (la) suscrito(a) Alba Angarita Patiño, identificado con C.C./C.E./P.P No. 36538486, expedida en Santamarta, 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 20 del mes de MARZO de 2024.

Firma
Nombre

Alba Angarita Patiño
Alba Angarita Patiño
36538486

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario

Género

Cargo

Título

Nombre

Apellidos

Fecha de Nacimiento

Nombre y apellido

Tipo de documento

Número de documento

Dirección

Código postal

Estrato

Ubicación

País

Correo electrónico

Teléfono

Celular

Nivel Educativo

ALBA ANGARITA PATIÑO

HOTMAIL.COM

3135697940



Configuración

Zona horaria

Idioma

Configuración regional

(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Español (Colombia)

Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad

Respuesta

SMS para recuperar la contraseña

¿Cuál es el nombre de su abuelo?

jose del carmen

3135697940

Editar

Santa Marta, MARZO del 2024

Doctor
German Gaviria Vargas
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Propuesta de Servicios.

Alba Angarita Patiño
C.C 36.538.986
Dirección: Calle 14 a #15-16 Cundí.
Celular: 3135697940
Correo: albangaritap@hotmail.com

Cordial saludo:

Muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentarle mi propuesta como AUXILIAR DE ENFERMERIA, función que desempeñaré a cabalidad cumpliendo con todas las funciones que sean asignadas pertinentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta.

Atenta

A handwritten signature in dark ink, reading 'Alba Angarita Patiño', written over a horizontal line.

Alba Angarita Patiño

C.C 36.538.986



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Angarita	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Patiño	NOMBRES Alba
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 36538986	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 19 MES 04 AÑO 1959 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 14 A 15 11 casa cundi PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO EMAIL albangaritap@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	02	AÑO	1985

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA 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			07	1994	2651

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 X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4365007			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	01	Año	2019	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION						DIRECCIÓN CARRERA 14 21 41					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	06	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION						DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	07	Año	2023	Día	30	Mes	09	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION						DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	03	Año	2023	Día	30	Mes	06	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD			DEPENDENCIA CENTRAL ESTERILIZACION						DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2023	Día	28	Mes	02	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD			DEPENDENCIA CENTRAL ESTERILIZACION					DIRECCIÓN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
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	01	Mes	10	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
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	01	Mes	07	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
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	01	Mes	04	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
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	01	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	03	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	10	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
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	01	Mes	07	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
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	01	Mes	05	Año	2020	Día	30	Mes	06	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	13	Mes	05	Año	2015	Día	30	Mes	06	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE ESTERILIZACION					DIRECCIÓN Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4365007			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	05	Mes	01	Año	2016	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4216464			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	20	Mes	04	Año	2015	Día	31	Mes	10	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTRAL DE URGENCIAS						DIRECCIÓN CARRERA 14 N ° 23 -42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD JAVIER SANCHEZ PEREZ				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	01	Año	1990	Día	30	Mes	09	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA						DIRECCIÓN Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	30	Mes	03	Año	1990	Día	29	Mes	01	Año	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CENTROS DE SALUD						DIRECCIÓN callee 24 N15-24					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4216464			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	12	Año	1982	Día	22	Mes	08	Año	1988
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 N °23 42					

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	0	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	24	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	26	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	52	6

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO XME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

SANTA MARTA 08 DICIEMBRE 2023

Alba Proyecta Fletche

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



República de Colombia • Ministerio de Educación Nacional

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

EL LICEO CELEDON

Aprobado por Resolución No. 1480 de 20 de Noviembre de 1941.

teniendo en cuenta que

Alba Angarita Patiño.
Identificada con CEN. 36,538,986 de Sta Mta

El título de

BACHILLER ACADEMICO

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

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

1161

ANEXO 1

SECRETARIA DEL MUNICIPIO

Rector

Secretario

Dada en SANTA MARTA a 30 de NOVIEMBRE de 1944

Anotada al folio 06-120 Libro de registros No. 78
Reg. 06-1245 Feb. 4/35

Secretaría de Educación

SANTA MARTA - FERRERO

De 19 85

22

REPUBLICA DE COLOMBIA



Secretaría de Educación del Magdalena

El suscrito Jefe de Registro de Diplomas de la Secretaría de Educación del Magdalena

CERTIFICA

Que en el libro 78 Folio 86-120 aparece registrado el título

BACHILLER

bajo el N.° 86-1245 de fecha 11 de Febrero de 1.985

Otorgado por EL LICEO CELEDON

en el año de 1.984 correspondiente a ALBA ANGARITA PATIÑO

Con Cédula N.° 36.538.986

Santa Marta Septiembre 20 de 1.985



Verificación

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

DEL MAGDALENA

Unidad de Registro de

Diplomas

ALICIA ARIZA BARRIOS

Jefe de Registro de Diplomas

CC# 2565017 de Sta Marta

Oficialista

República de Colombia
Departamento del Magdalena

Escuela de Auxiliares de Enfermería
"Gabriel Angulo" de Santa Marta
Secretaría de Salud del Magdalena

Certificado

Concedido a:

Alba Angarita Patiño

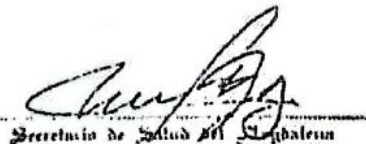
C.C. No. 365386-986 de Santa Marta

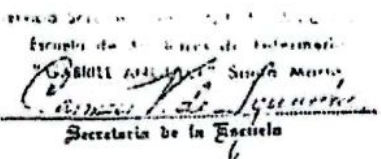
Por haber cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos Prácticos establecidos por el Ministerio de Salud, que lo capacitan para ejercer como "Auxiliar de Enfermería"

Aprobado por Resolución Número 2182 de Agosto 9 de 1968

Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1949

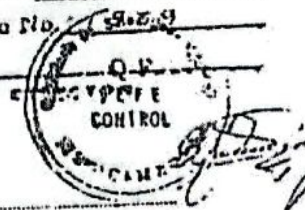

Director


Secretaría de Salud del Magdalena

Escuela de Auxiliares de Enfermería
"Gabriel Angulo" Santa Marta

Secretaría de la Escuela

Santa Marta, JULIO 12 1.994

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
MAGDALENA
Reconoce este Título para los
efectos legales.
Santa Marta, 19-IX-95
Resolución No. 95-259



SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA " GABRIEL ANGULO "
SANTA MARTA

ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de Santa Marta a los 1º días del mes de Julio del año 1.994 se reunieron, con el fin de formalizar la certificación de los alumnos del curso de **AUXILIARES DE ENFERMERIA CON METODOLOGIA A DISTANCIA**, los suscritos Director y Secretaria de la Escuela de Auxiliares de Enfermería "Gabriel Angulo". Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA CON METODOLOGIA A DISTANCIA**, según Resolución N°.2182 de Agosto 9 de 1.968. Decreto N° 816 de Diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA CON METODOLOGIA A DISTANCIA** al alumno cuyo nombre, apellidos y número de documentos se relacionan a continuación
ALBA ANGARITA PATIÑO

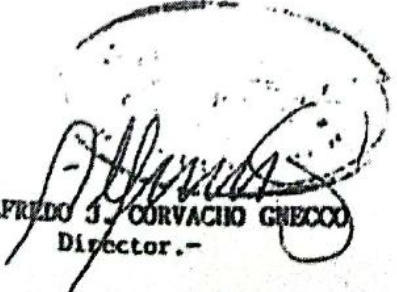
C.C. # 36.538.986 de Santa Marta. Es fiel copia de su original, fecha Julio 1º 1.994 que consta de 50 alumnos que comienzan con el nombre de : AURORA ALVARADO PANTAJA

y cierra con el nombre de : NEISY BEDITA VIZCAINO OROZCO

Firmado y sellado por ALFREDO J. CORVACHO G. (Director) y MARIA TERESA MONTALVO (Secretaria).

Dada en Santa Marta, a los 1º días del mes de Julio de 1.994

Firmado y sellado


ALFREDO J. CORVACHO GUECCO
Director.-

Secretaria de Salud del Magdalena
MARIA TERESA MONTALVO
Secretaria Docente
Santa Marta
17 de Julio de 1994
Secretaria Docente



DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 1530 DE 1994

Por la cual se concede una Inscripción y Registro

EL DIRECTOR DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente de las con-
feridas en el Decreto, Leyes 056 de 1.975, 121 de 1.976 y la Reso-
lución 02085 de Febrero de 1.989 y ,

C O N S I D E R A N D O :

Que ALBA ANGARITA PATIÑO, identificada con la cédula de ciudadanía
No. 36'538.986 expedida en Santa Marta - Magdalena, ha solicitado
el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFER-
MERIA, que le otorgó la Escuela Auxiliar de Enfermería GABRIEL
ANGULO de Santa Marta, en fecha 1 de Julio de 1.994.

R E S U E L V E :

ARTICULO UNICO .- Regístrese e Inscribase en la Oficina de Con-
trol de Medicamentos del Servicio Seccional de Salud del Magdale-
na, a ALBA ANGARITA PATIÑO, para poder ejercer la profesión de
AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE :

Dada en Santa Marta, a los 19 SEP 1995

Original Firmado Por:
Manuel Vives Pérez
DIRECTOR
Servicio Seccional de Salud del Magd.

MANUEL FRANCISCO VIVES PEREZ
Director Servicio Seccional
de Salud del Magdalena.

Servicio Seccional de Salud
del Magdalena
Control Medicamentos, Alimentos,
y Tecnología
JEFE DE SECCION
JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos

o/c/m/ Rosa A.

Resultado General -2023-12-04→2:45:40 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36538986	ALBA		ANGARITA	PATÍÑO	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) ALBA ANGARITA PATÍÑO identificado(a) con CC 36538986 registra La siguiente información:

2023-12-04→2:45:40 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	1995-09-19	1539	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).

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Secretaria de Salud Departamental

Registro No 265

ALBA

ANGARITA PATINO

25538.986

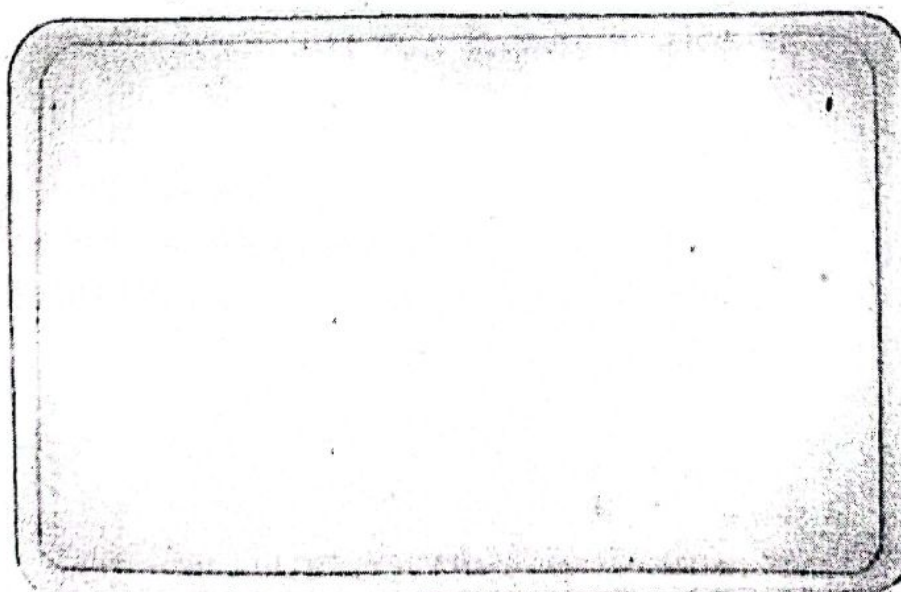
EDICION: SANTA MARTA

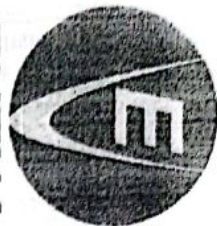
TITULO: AUXILIAR DE ENFER

MERCA

[Signature]

JEFE CONTROL DE MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

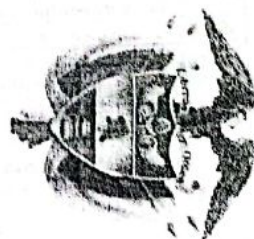




ENTHA
10 AÑOS

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0



Reg. EN0225267-2018

CERTIFICA QUE:

ALBA ANGARITA PATIÑO

C.C. N° 36538986



ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADÉMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.


CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA


MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADÉMICA



CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901643467 - 3

CERTIFICA QUE:

ALBA ANGARITA PATIÑO

IDENTIFICADO (A) CON CÉDULA DE CUIDADANIA NRO. 36.538.986

ASISTIÓ AL CURSO DE:

RCP BÁSICO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 04/12/2023 FECHA DE VENCIMIENTO 04/12/2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 4904 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO, AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN DECRETO 3616 DE 2005, ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GMAIL.COM O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933



REPRESENTANTE LEGAL
DAVID LOPEZ



GENFUTCOL

GERENTE GENERAL
MARTHA SILVA



CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

ALBA ANGARITA PATIÑO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.538.986

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

GESTIÓN DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 13-06-2023

FECHA DE VENCIMIENTO: 13-06-2024

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



DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE



CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

ALBA ANGARITA PATIÑO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.538.986

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 13-06-2023

FECHA DE VENCIMIENTO: 13-06-2024

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



DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL



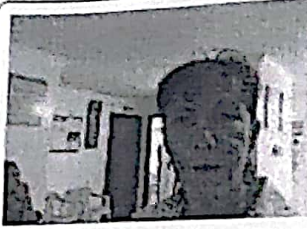
GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

**Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso**

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 12/Dic/2023, Hora: 08:04:43 a.m.
Apellido: Angarita Patiño
Tipo Doc: CC
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Cra 14a No 15-11 Cundi
Telefono: Celular: 3135697940
Ciudad: ::: No Aplica ::
Peso: 52 Kg Estatura: 151 Cm
EPS: Saludtotal ARL: Colmena

Nombre: Alba
Nro Identidad: 36538986

HC: # 83972
Edad: 64 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 19/Abr/1959
Rh: O+

Email: Estado Civil: Casado

IMC: 22.8 Escolaridad: Tecnico Laboral Jornada Laboral: Sin Definir
AFP: Proteccion

Exámenes Realizados

Examen Con Enfoque Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

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

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



Alba Angarita

Alba Angarita Patiño
CC 36538986

Huella
Digital



17
REPUBLICA DE COLOMBIA
Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa María
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL

Nº. 800182159-4

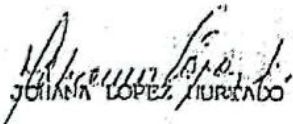
Santa Marta, Noviembre 27 de 2000

LA JEFA DE PERSONAL DEL
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL

HACE CONSTAR :

Que la señora ALBA ANGARITA PATIÑO, identificada con cédula de ciudadanía número 36.538.986 expedida en Santa Marta, laboró en esta institución desde el día 30 de Febrero de 1990 hasta el 12 de Septiembre de 2000, en el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA, desempeñándose eficientemente en sus labores y obteniendo buena conducta con sus compañeros y superiores.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado.


JULIANA LOPEZ MURILLO

CONTROL CIUDADANO - DENUNCIE, PARTICIPE, SUGIERA E INFORME - Línea Confidencial: 4233260

Tels: 4215016 - 4233007 - 4230818 Fax: 4215001 e-mail: dasd@caribaecl.net.co
Calle 26 #4 - 45 U. El Prado - Santa Marta, Magdalena

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
H. S. E. HOSPITAL CENTRAL "JUNIO MUÑOZ BARRENECHE"
SECCION DE TALENTO HUMANO
NIT. 800103471-0

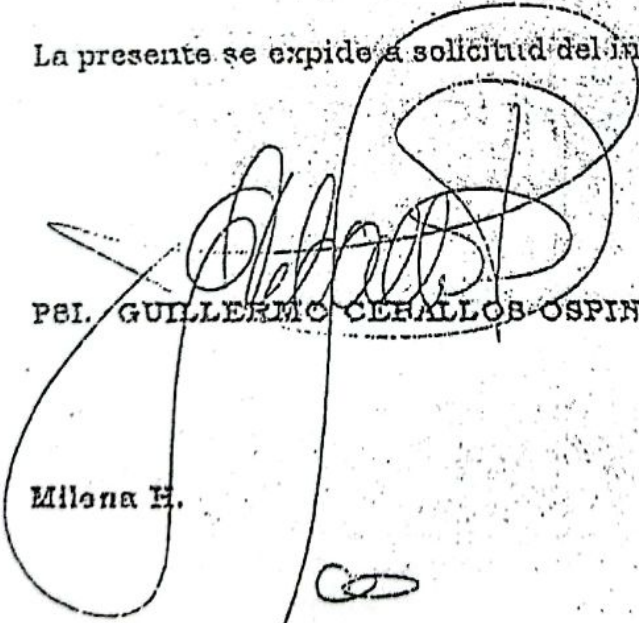
Santa Marta, Noviembre 24 del 2000

EL JEFE DE SECCION DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR QUE:

La Señora ALBA ANGARITA PATIÑO, identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.538.986 de Santa Marta, laboro en el Hospital San Juan de Dios del 01 de Diciembre de 1982 al 23 de Agosto de 1989, en el cargo de PROMOTORA DE SALUD RURAL.

La presente se expide a solicitud del interesado.



PBI. GUILLERMO CEBALLOS OSPINO

Milena H.

"FELIZ NAVIDAD Y PROSPERO AÑO NOVENO 2001, PARA USTED Y
LOS SUYOS, LAS DESEA DE TODO CORAZON LA FAMILIA DE
TALENTO HUMANO"

CERTIFICACION

YO, **Javier Orlando Sánchez Pérez** Mayor de edad, vecino de la ciudad de santa marta identificado Con el número de cedula No. 12.544.993 expedida en santa marta certifico que la señora **ALBA ANGARITA PATIÑO** quien se identifica con el número de cedula de ciudadanía No. 36.538.986 de santa marta me prestó sus servicios en los siguientes periodos:

1. 09-01-1990 hasta el 31-12-1997
2. 01-09-2006 hasta el 30-01-2008
3. 19-04-2009 hasta el 30-09-2014

Expido esta certificación a solicitud de la interesada el día 27-02-2015


JAVIER ORLANDO SANCHEZ PEREZ

C.C. 12.544.993 DE SANTA MARTA

R.M 450 5511

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 36538986 **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 26/03/2024 04:14 PM



Código Verificación: **6T4UAW8REJ**

Válida hasta: **24/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

NOMBRE DEL VACUNADO Alba Angarita Patiño
 INSTITUCION D.A.S.P. - Salud Regional
 FECHA NACIMIENTO día _____ mes _____ año _____
 REGIMEN Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Vinculado ☐
 ENTIDAD _____

BIOLOGICO		VACUNA			CITA			NOMBRE VACUNADOR
		día	mes	año	día	mes	año	
BCG								
ANTIPOLIO	1							
	2							
	3							
	R1							
	R2							
DPT	1							
	2							
	3							
	R1							
	R2							
HEPATITIS	1	13	03	98	12	04	98	Alba Angarita Patiño
	2	17	04	98	17	12	98	Alba Angarita Patiño
	3							
T.D.	1							
	2							
	R1							
	R2							
	R3							
INFLUENZA	1							
	2							
	3							
TRIPLE VIRAL								
F. AMARILLA		5	06	01				elaine
MENINGITIS								

CONSERVE ESTE CERTIFICADO. REPRESENTA SALUD PARA TU HIJO

Certificado de Vacunación

Institución: Calamag
 Nombre: Alba Angarita Patiño
 Identificación: 36538986 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha aplicación	Letra No.	Firma Vacunador
HepB	1	30-03-2015	0611002	Hirlandys

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

Consérvelo

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

Ministerio de Salud

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Alba

Apellidos:

Angarita Patiño

Documento
de Identidad:

C.C. T.I. Pasaporte No. 36538986

Fecha de
Nacimiento:

Día 19 Mes 04 Año 1959

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

Consérvelo

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

Ministerio de Salud

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Alba

Apellidos:

Angarita Patiño

Documento
de Identidad:

C.C.X.T.I. Pasaporte No. 36538986

Fecha de
Nacimiento:

Día 19 Mes 04 Año 1959

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
arampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico	1			
Diftérico	2			
(Td)	3			
	4			
	5			
Contra patitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	18-12-19	1304-1	100-10
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
arampión ubéola	1			
Toxoide tetánico	1			
ftérico	2			
Td	3			
	4			
	5			
ontra alitis B	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	1/4/13	Biomangroch	Luis
			161 Df CO282	
Contra Influenza				
Otras				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Alba

Apellidos:

Angarita Patiño.

Documento
de identidad:

C.C. ☒ A.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cédul:

No. **36 538 986**

Fecha de
nacimiento:

Día **19** Mes **04** Año **1959**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29-03-2021	AstraZeneca	CTHAUS19	HUTMB.	Jessica Rodriguez	100475363
	2	29-06-2021	AstraZeneca	NH0302	HUTMB.	Olivero Gomez	51704811



Tipo de declaración

PERIÓDICO

Fecha de publicación

2023-02-08 17:53

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALBA		ANGARITA	PATIÑO

Documento de identificación

Tipo CEDULA DE CIUDADANIA Número 36538986

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

TÉCNICO AREA SALUD

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 ACRENCIAS

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

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos:

Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☐

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
MANUEL	JOSE	MESA	GOMEZ

Tipo documento

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

2999503

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

☒

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

☒

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

☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

Bogotá, Marzo / 20 de 2024

Señor (a): ALBA ANGARITA PATIÑO
CC. 36538986
CR 14A 15 11 CUNDI SANTA
MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Octubre / 1 de 2009, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.921

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALBA ANGARITA PATIÑO** identificado(a) con **CC número 36.538.986**, es pensionado(a) por **VEJEZ** en nuestro FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN S.A., desde el día **20 de diciembre de 2022**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 25 de marzo de 2024 Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2023120512042

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

Ciudad SANTA MARTA	Oficina	Fecha Vinculación
------------------------------	----------------	--------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos AISA ANGARITA PATIÑO		Sexo M ☐ F ☒	
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐		Número 26.538986	Expedida en SANTA MARTA
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☐ Casado ☒ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐		Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☒ Universidad ☐	Fecha de Expedición 22-12-1977
No. Personas a cargo 7		Tipo de Vivienda Propia ☒ Arrendada ☐ Familia ☐	
Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒		Municipio / Ciudad SANTA MARTA	
Departamento M.DAENA		No. Celular 3135699940	
Telefono		Actividad Principal CIU 8 6 9 2	
Fecha nacimiento 19 04 1959		Lugar de Nacimiento STA MARTA	
Dirección Domicilio CSA 14-A#15-11 CUNDI		Descripción del CIU APOYO TERAPEUTICO	
Correo Electrónico aibangarita@gmail.com		Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐	
Detalle Actividad Económica		Actividad Principal CIU 8 6 9 2	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio HUSMA	Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?	Cargo AUXILIAR ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio CSA 14-A#23-42	Ciudad SANTA MARTA	Barrio AICAZERES
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	No. Teléfono 4365007	SI ☐ NO ☐

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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 lícitas 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 consignaron 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 Méndez 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



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