

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.452.580
ARGOTE SALGADO
APELLIDOS
SALVADORA MARIA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1978
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

17-ABR-1997 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2103100-00183074-F-0036452580-20091003 0016829194A 1 26659569

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO , Identificado con Cédula No. 36.452.580 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: SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	**SI**	**N/A**
1	**Estudio de Necesidad y Oportunidad**	X	
2	**Cedula de Ciudadanía**	X	
3	**Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**	X	
4	**Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion- institucional/contratacion/proveedores/**	X	
5	**Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)**	X	
6	**Propuesta de Servicios (Mes Actual)**	X	
7	**Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)**		X
8	**Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)**		X
9	**RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)**	X	
10	**Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)**	X	
11	**Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)**	X	
12	**Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).**		X
13	**Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
14	**Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)**	X	
15	**Tarjeta Profesional**		X
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		X
18	Curso**Asistencial)** Guía de Atención. Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 **Personal**	X	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X

24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización.*		X
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		X
27	Constancia**AGENTES QUÍMICOS** de Asistencia (Personal en las Asistencialacciones dedel formación área de ***Urgencias*** continua ***y***en ***Transporte*** la atención ***Asistencial*** a personas). **VICTIMAS DE ATAQUE CON**	X	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013)**Vigencia** Cap. 5 ,**no** párrafo **superior** 2 **a— TRES**Exámenes **(03) años)** médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en **https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.***	X	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web **https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013** (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: **https://hujmb.gov.co/gestion- institucional/contratacion/proveedores/**	X	

Ingrese numero de identificación

Has buscado el número de identificación: **36452580**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36452580	ARGOTE	SALGADO	SALVADORA	MARIA	2022-03-06, 1:24 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	36452580	ARGOTE	SALGADO	SALVADORA	MARIA	2023-06-06, 11:14 am

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023 PAGINA 1 de 1

El (la)suscrito(a)**SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO** _____identificado con C.C./C.E./P.P No. **_36.452.580**_____ expedida en ___**FUNDACION 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, MARZO de 2024.

Firma _SALVADORA ARGOTE SALGADO
Nombre SALVADORA ARGOTE SALGADO
Cédula __36.452.580_____

COPIA CONTROLADA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar | Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.12164965
Número del contrato	CD20241273
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	29 días de tiempo transcurrido *(15/02/2024 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	15 días para terminar *(31/03/2024 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	2 Meses
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(•) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	( ) Sí (•) No
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (•) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (•) No
Reversión	( ) Sí (•) No

Entidad Estatal

Compradores / Proveedores

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

Compradores / Proveedores

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Santa Marta Marzo de 2024.

SR GERENTE

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Asunto: Propuesta de servicio.

Cordial Saludo.

A solicitud de la entidad de salud yo SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

Documento: 36452580 expedida en fundación, Magdalena

Correo: salvadora1978@hotmail.com

Celular: 3003128441

Dirección: carrera 15b calle29c#44

Solicito a usted e manera respetuosa concederme la oportunidad de ingresar como Auxiliar de Enfermería, para prestar mis servicios como profesional en la atención hospitalaria, ambulatoria y alta complejidad de la población usuaria del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Espero reunir los requisitos necesarios para ocupar el cargo dentro de esta importante empresa de salud.

Gracias.

Atentamente, Salvadora argote salgado

36452580 fundación , Magdalena

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14967059359

(415)7707212489984(8020) 000001496705935 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 4 5 2 5 8 0	0	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	3 6 4 5 2 5 8 0	1 9 9 7 0 4 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Fundación 2 8 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARGOTE	SALGADO	SALVADORA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 15 B 29 C 44 BRR VILLA DEL CARMEN

42. Correo electrónico: salvadora1978@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 3 1 2 1 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2023 - 12 - 12 / 08 : 11: 53

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GUETIO HURTADO GUEILY MARIA

985. Cargo: Analista IV

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
Argote	Salgado	Salvadora Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 36452580 | SEXO: F ⊗ M ○ | NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 21 MES 10 AÑO 1978

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: FUNDACIÓN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 18 A 29 C 07 Casa Villa del Carmen

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: salvadora1978@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2000
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			11	2000	

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 HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4326262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	08	Año	2017	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA CIRUGIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 23 48					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO						DIRECCIÓN					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	10

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO ■ 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- Magdalena

Salvadora

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 Nacionalizado de Bachillerato

Francisco de Paula Santander

De Fundación - Magdalena

Aprobado por Resolución No. 241 de 11 de Octubre de 1993
Emanada del Ministerio de Educación Nacional

CONFIERE A:

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

Identificado con C C No. 36 452 580 de FUNDACION

El Titulo de

BACHILLER ACADEMICO

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

RECTOR

SECRETARIA

Libro 001 Folio 002 Acta [illegible] Año [illegible]

Dado en FUNDACION a 15 de [illegible] de 19

Acta de Grado

Colegio Nacionalizado de Bachillerato
FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
JORNADA NOCTURNA
Fundación - Magdalena

En la ciudad de Fundación a los 18 dias del mes de Diciembre del año de 1998 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Colegio Nzdo de Bachillerato Francisco de Paula Santander modalidad Académico institución aprobada hasta Once Grado en el nivel de Educación Media Voc y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académico, según Resolucion(es) Númer(os) 241 de Octubre 11 de 1993 (Jornada Nocturna).

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

No. NOMBRE

03 ARGOTE SALGADO SALVADORA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 36.452.580 de F/ción

Es fiel copia tomada del Acta original No 006 de fecha Diciembre 18/98 que consta de 82 alumnos graduados, comienza con el nombre de ALVAREZ JULIAO LUIS MANUEL y se cierra con el nombre de, TORREZ GALINDO ENA EDILMA

firmddo y sellado por LIC: JUAN JOSE CANTILLO DIAZ. (Rector) y NELLY VELAZQUEZ SOTELO. (Secretario)

Dado en a los dias del mes de de 19

En constancia se firma la presente; acta

Firmado y Sellado

Colegio Nacionalizado Fco. de Paula Santander

El Rector o Director (a)

c. c. No.

El Secretario (a)

c. c. No.

República de Colombia

Departamento del Magdalena

La Secretaría de Desarrollo de la Salud

y en su Nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena

"Cesmag" Gabriel Angulo

Creado mediante Decreto NO. 810 del 13 de Diciembre de 1949

Aprobado mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1968

Modificada mediante ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Teniendo en Cuenta Que:

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

Titular de la C.C. No. 36. 452.580 *Expedida en* FUNDACION, MAGD.

Culminó Satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todo los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el certificado de:

Aptitud Ocupacional Técnico En

Auxiliar de ENFERMERIA

En Constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la Ciudad de SANTA MARTA

A los 17 días del mes de NOV. DE 2000

Director "Cesmag"

Secretario Académico

Secretario para el Desarrollo de la Salud

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 47 0305

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

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

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO**, identificado (a) con CC N° 36.452.580 Expedida en Fundación - Magdalena, solicito ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para ejercer, según **Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por el **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO**, según Acta de Grado N° 101 del día 17 de Noviembre de 2000.

Que estudiada la Documentación presentada por el (la) solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas Legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO**, identificado (a) con CC N° 36.452.580 Expedida en Fundación - Magdalena, para ejercer como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 02 ABR 2009

CESAR ROVIRA AVENDAÑO
Secretario de Salud Del Magdalena

Proyectado por:
MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ
Profesional Especializado

Proyectado por: Angélica Restrepo Guerrero

MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

Powered by CamScanner

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

36452580

Primer Nombre

SALVADORA

Primer Apellido

ARGOTE

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8414

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-03-16→6:31:53 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36452580	SALVADORA	MARIA	ARGOTE	SALGADO	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) SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO identificado(a) con CC 36452580 registra La siguiente información:

2024-03-16→6:31:53 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	2009-04-02	8305	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Salvadora María Argote Salgado

CC 36452580 de Fundación - magdalena

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

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

Fecha de emisión: 2024-02-19
Fecha de vencimiento: 2026-02-19

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

Salvadora María Argote Salgado

CC 36452580 de Fundacion Magdalena

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

Fecha de emisión: 2021-12-09
Fecha de vencimiento: 2023-12-09

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

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.452.580

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

GESTIÓN DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 13-05-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 13-05-2024

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

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.452.580

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: 13-05-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 13-05-2024

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

(65)

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 11/May/2023, Hora: 03:50:24 p.m.
Apellido: Argote Salgado — Nombre: Salvadora Maria — HC: # 7875I
Tipo Doc: CC — Nro Identidad: 36452580 — Edad: 44 años
Empresa: Particular — Sexo: Femenino ♀
Cargo: Auxiliar De Enfermeria — Nacim: 21/Oct/1978
Direccion: Calle 24 No 24-05 Postobon — Rh: O+
Telefono: Celular: 3003128441 Email: Estado Civil: Soltero
Ciudad: ::: No Aplica :::.
Peso: 72 Kg Estatura: 153 Cm IMC: 30.7 Escolaridad: Tecnico Laboral Jornada Laboral: Sin Definir
EPS: Sanitas ARL: Positiva AFP: Porvenir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

Concepto:

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

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

Salvadora Maria Argote Salgado
CC 36452580

Unidad Medica Nazareth
MEDICINA GENERAL
Calle 6 No 13 – 05 – Teléfono 4140364
FUNDACIÓN – MAGDALENA

HAGO CONSTAR

Que, la Señora **SALVADORA ARGOTE**, identificada con la Cedula de Ciudadanía No 36.452.580 expedida en Fundación Magdalena, laboró como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** en esta entidad, es una persona seria, honesta, responsable y cumplidora de sus deberes, y está capacitada para desempeñar su labor.

Para mayor constancia se firma a los Treinta (30) días del mes de Julio del año Dos Mil Cuatro (2.004)

Atentamente,

JOSÉ GABRIEL DE LEÓN ACUÑA
C.C. No 1.458.128.
Medico Cirujano

LA ENFERMERA JEFE DE LA E.S.E.
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION
MAGDALENA

Hace constar por medio de la presente que conozco de trato y vista a la joven **SALVADORA ARGOTE SALGADO** identificada con la cedula de Ciudadanía No 36452580 de Fundación Magdalena lo cual se caracteriza por ser una persona recta y honorable por lo que me permito recomendarla muy ampliamente.
Que durante este tiempo demostró su gran capacidad de trabajo por cuanto fue muy responsable en sus tareas encomendadas; demostró pulcritud tanto en su presentación personal como el de su trabajo y respeto hacia sus superiores y a los usuarios del **HOSPITAL** y por su gran espíritu de compañerismo.

Laboró en los diferentes servicios de la Institución como son: Maternidad, Urgencia; Medico Quirúrgico, Pediatría y Cirugía.

Se expide la presente Certificación a petición de la parte interesada a los 27 días del mes de Abril de 2009

Isabel Cantillo Ch.
ISABEL CANTILLO CHAPARRO
Enfermera Jefe
Celular 3116319877

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 36452580 **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 19/03/2024 11:33 AM

Código Verificación: **TAX5JZY31V**

Válida hasta: **17/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Sandra

Apellidos: Arpeta

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36452580

Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 10 Año 1978

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	030780	Serum.	
Fiebre amarilla	Única	030780	P2446	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	030793	Serum	
	2	030897	Serum	
	3	020797	Serum.	
	4			
	5			
Hepatitis B	1	080996	H510.	
	2	091096	H511.	
	3	031196	H513.	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma:
VPH	1			/
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	15 10 19	Flucelvax	
Otras				

Función Pública

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

Tipo de declaración	OTRO	Fecha de publicación	2023-12-01 21:26

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SALVADORA	MARIA	ARGOTE	SALGADO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36452580

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	FUNDACIÓN

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.

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

12. 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:

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS,**

CERTIFICA

Que **Salvadora Maria Argote Salgado** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **36452580,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36452580
NOMBRES Y APELLIDOS	Salvadora Maria Argote Salgado
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	21/10/1978
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/03/2020
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	43 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/03/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 36452580 SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO Desde 01/08/2022 - Vigente

Generado por Interfaces 11/03/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

porvenir
sólo hay uno

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:

SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO, Identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.452.580,** 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, **SALVADORA MARIA ARGOTE SALGADO** identificado con **CC** No. **36452580**, 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): 202401013244576.

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.

HJMB

FORMATO DE VINCULACIÓN DE PERSONA NATURAL

Ciudad	Oficina	Fecha Diligenciado
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Salvadora maria Arrote Salgado

Sexo: M [ ] F [X]

Tipo de Documento: CC [X] CE [ ] TI [ ] CD [ ] PP [ ]

Número: 36552530

Expedido en: Fundacion

Fecha de Expedición: 17 abril 1997

Estado Civil (Encerrar): Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo

Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo
			X	

Nivel Educativo: Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad

Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad
		X	

No. Personas a cargo: 5

Tipo de Vivienda: Propia | Arrendada | Familiar

Propia	Arrendada	Familiar
	X	

Zona Ubicación: Rural | Urbana

Fecha Nacimiento: 21 / 10 / 1978

Lugar de Nacimiento: Fundacion

Dirección Domicilio: Cr 15 Bc/ 29C 44

Municipio / Ciudad: Santa Marta

Departamento: Mag

Correo Electrónico: Salvadora.1978@Hotmail.com

No. Celular: 3003129451/8

Teléfono:

Ocupación (Actividad):

Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado

Actividad Principal CIIU: 8 6 4 2

Detalle Actividad Económica: Auxiliar de Enfermeria

Descripción del CIIU: actividades de apoyo terapeutico

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento	Número
	CC [ ] [ ] [ ] [ ] PP [ ]	

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio: HUS MAIS

Tipo de Empresa o Negocio: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual? [ ]

Cargo: Aux de Enfermeria

Dirección de empresa o negocio: Calle 14 #23-42 B a/ Cazarres

Ciudad: Santa Marta

Barrio: Pca Zarate

No Teléfono: 4365067

Maneja dinero del Estado y está expuesto políticamente? SI [ ] NO [ ]

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 2.000.000	**Total Egresos mensuales:** 2.000.000
Otros Ingresos Mensuales:	**Otros Egresos Mensuales:**
Total Activos:	**Total Pasivos:**
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes / Año	**Es declarante?** SI [ ] NO [ ]

Es servidor Público? Si un servidor público declara el manejo manejo públicos y/o Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?

Declara que soy persona políticamente expuesta PEP?

Declara que el origen de los fondos con los cuales he de manejar el vínculo y/o actividad proviene de: esfuerzo de mi trabajo

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

4. Declaro que el origen de dichos y/o fondos para la apertura, productos y demás productos financieros de obligaciones hubiere con ustedes provienen o provendrán de _____. Y NO dinero como provenir, los depósitos que a mi(s) nombre(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que la modifique o adicione. Ni efectuare transacciones destinadas dichas actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

AUTORIZO de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barraza para: 1) Consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, procesar, solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiero aquí suministrada a 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 realice con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barraza, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de operaciones, actualización y verificación de mi información de conformidad con la normatividad en la ley de habeas data y de protección de datos personales. La anterior implica que el cumplimiento y oportunidad en mis obligaciones se reflejará en los mencionados bases de datos en donde se consignen de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) He suministrado a entidades anteriormente y hoy en día la información de este formulario y presentado los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barraza. 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 Barraza la prueba de autorización de la misma. 3) Para los efectos establecidos en la Ley de Habeas Data y Protección de Datos Personales, ELLA E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez

Salvadora

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información registrada en el presente documento es cierta y habiendo leído y comprendido el contenido anterior, en constancia firma (amos)

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento