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

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO Dayana Marcela López Salcedo, Identificado con Cédula No. 1.128.329.993 y Profesión Auxiliar de Enfermería 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: Dayana López Salcedo

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.128.329.993
LOPEZ SALCEDO
APELLIDOS
DAYANA MARCELA
NOMBRES



Dayana Lopez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-1998
SANTA ANA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

28-NOV-2016 SANTA BARBARA DE PINTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2107800-00882268-F-1128329993-20170209 0053565639A 1 44980135

El (la) suscrito(a) Dayana Marcela lopez Salcedo, Identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.128.329993 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de 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 03 del mes de ABRIL de 2024.

FIRMA Dayana Lopez Salcedo
NOMBRE Dayana Marcela lopez Salcedo
CEDULA 1.128.329.993

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 9:59:20
DAYANA MARCELA LO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

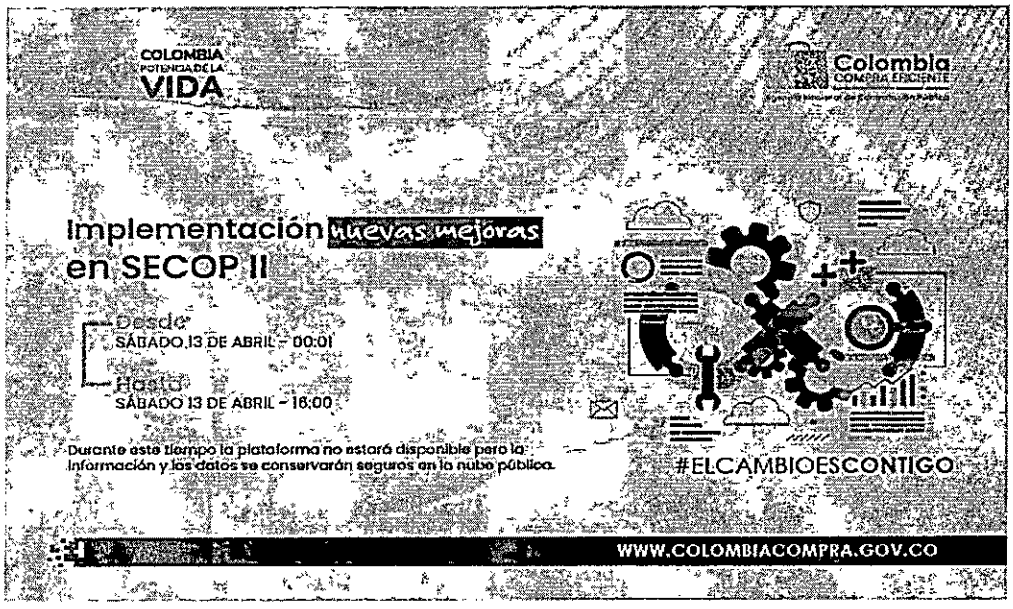
ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualización

0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

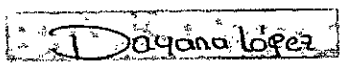
Santa Marta, Abril 11 del 2021

Gerente: Nora Elvira Anillo Romero

E. S. E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial Saludo,

A través de este medio me dirijo a usted YO DAYANA MARCELA LOPEZ SALCEDO, identificada con el número de ciudadanía 1.128.329.993, para poner a su disposición todos mis conocimientos, habilidades y entrega a esta labor como TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, para desarrollar y poner en marcha mis conocimientos y habilidades.



Atentamente: Dayana Marcela Lopez Salcedo

Cédula: 1.128.329.993

Correo Electronico: dayanamarcelalopezsal@gmail.com

Direccion: Manzana 6 C asa 10 Bolivariana

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 141015567871

(415)7707212489984(8020) 000014101556787 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 8 3 2 9 9 9 3	8	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	1128329993	2016 11 28

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	SALCEDO	DAYANA	MARCELA

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: MZ 6 Casa 10 bolivariana

42. Correo electrónico: dayanamarcelalopezsal@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 0 0 4 7	3 1 2 2 4 5 6 8 9 0	3 0 0 3 5 0 0 4 3 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 4 0 4 1 4						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2024 - 04 - 14 / 16 : 12: 57

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 LOPEZ SALCEDO DAYANA MARCELA

985. Cargo Contribuyente

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
lopez	Salcedo	Dayana Marcela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.128.329.993

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR:

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 11 MES 05 AÑO 1998

PAÍS Colombia

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Barbara de Pinto.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Mz 6 Casa 10 Bolivariana

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO 3003500427 EMAIL dayanamarcelalopezsal@gmail.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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2017

EDUCACION 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		Auxiliar de Enfermeria	12	2023	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME 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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, 18 de Abril 2024

Dayana López Sarcedo.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

y en su nombre la

La Institución Educativa Técnica Departamental

"Gilma Royero Solano"

de Santa Bárbara de Pinto - Magdalena

Aprobado por la Secretaria de Educación del Departamento del Magdalena Según Resolución No. 1226 del 23 de Noviembre de 2010

Confiere a:

López Salcedo Dayana Marcela

Documento de Identidad Nº. 98051173155

El Titulo de:

Bachiller Técnico en Medio Ambiente

Por haber alcanzado y aprobado los Logros de Formación Integral propuestos para el nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al proyecto Educativo Institucional P.E.I. de la Institución.

I.E.T.D. GILMA ROYERO SOLANO DE PINTO

Blanca Esther Velasco Legarda
CC.: 27.469.614 de Santiago Putumayo
Rectora

Anotado en el libro de Registro Nº 03 - Folio Nº 34

Dado en Santa Bárbara de Pinto - Magdalena a los 16 días del mes de Diciembre de 2017

República de Colombia

Institución Educativa Técnica Departamental

"Gilma Royero Solano"

Santa Bárbara de Pinto - Magdalena

Aprobada por la Secretaría de Educación del Departamento del Magdalena

Según Resolución Nº 1226 del 25 de Noviembre de 2016

Acta Individual de Grado

En la ciudad de Santa Bárbara de Pinto Magdalena, a los 16 días del mes de Diciembre de 2017 con fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, de la jornada Diurna y Nocturna, la Rectora, y el concejo Académico en la rectoría de la Institución Educativa Técnica Departamental, "**Gilma Royero Solano**" de Santa Bárbara de Pinto, Institución aprobada en el nivel de **Pre-escolar, *Educación Básica Primaria*, Básica Secundaria y Media Técnica** y autorizada por la Secretaría de Desarrollo de la Educación del Departamento del Magdalena, para otorgar el Título de **Bachiller Técnico para la Jornada Diurna y Bachiller Académico en la Jornada Nocturna**, según Resolución 1226 del 25 de Noviembre de 2016.

Comprobada la situación legal y Academica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica y Media Académica, se procedió a otorgar el Título de **Bachiller Técnico em Medio Ambiente, Bachiller Técnico en Asistencia Administrativa y Bachiller Académico** graduado cuyo nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación.

López Salcedo Dayana Marcela

Documento de Identidad No. 98051173155

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 33 de fecha 16 de Diciembre de 2017 que consta de 82 estudiantes Graduados, comienza con el nombre de **Aguilar Suárez Rosa Karina** y se cierra con el nombre de **Villegas España Dairis Paola.**

Firmado y Sella por **Lic. Blanca Esther Velasco Legarda** (Rectora)

Dado en Santa Bárbara de Pinto Magdalena a los 16 días del mes de Diciembre de 2017

Blanca Esther Velasco Legarda

C.C. Nº 27.469.614 de Santiago Putumayo

Rectora

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

CORPORACION TECNICA DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS DEL CARIBE

Codetec

CODETEC

Barranquilla Cra. 44 #79 -227

Certificado por:

NOVUS ORDO CERTIFICARE CELAC Calidad en Educación

ISO 9001 Certificado 10.011-5 NTC 5555 Certificado 20.011-5 NTC 5663 Certificado 30.030-5

Licencia de Funcionamiento No. 000456 de la Secretaría de Educación Distrital
Acuerdo No. 00089 del 19 de Mayo de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social
Registro No. 05722 del 06 de Octubre de 2015 de la Secretaría de Educación Distrital

Confiere a:

DAYANA MARCELA LOPEZ SALCEDO

C.C. No. 1128329993 de Santa Barbara de Pinto

EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

Auxiliar en Enfermería

Por haber cursado y aprobado las 1.666 horas del Programa Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería, según las normas estatutarias que rigen la Educación en Colombia

Dado en Barranquilla, a los 19 días del mes de Diciembre de 2023

AIDA BARRIOS FLOREZ
Directora

ORLANDO MENDOZA BARRIOS
Secretario

ELIZABETH MENDOZA BARRIOS
Directora Académica

Registrado en el Libro 5 *Folio No. 387* *Registro No. 45*

Licencia de Funcionamiento No. 000456 de la Secretaría de Educación Distrital
Certificado de Calidad ISO 9001 No. 10.001-5 y NTC 5555 No. 20.011-5
del Centro Latinoamericano de Certificación - CELAC
Acuerdo No. 00089 del 19 de Mayo de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social
Registro No. 05722 del 06 de Octubre de 2015 de la Secretaría de Educación Distrital
Certificado de Calidad NTC 5663 No. 30.030-5 (Centro Latinoamericano de Certificación– CELAC)

En la ciudad de Barranquilla a los 19 días del mes de Diciembre de 2023, se reunieron los suscritos Directora, Secretario y Directora Académica de Auxiliar en Enfermería en la dirección de la Corporación Técnica de Estudios Especializados del Caribe, CODETEC, con el fin de protocolizar la graduación de los estudiantes del programa de Auxiliar En Enfermería. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la educación para el trabajo y el desarrollo humano, se procedió a entregar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

DAYANA MARCELA LOPEZ SALCEDO
C.C. No. 1128329993 de Santa Barbara de Pinto

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Tomado del acta original No. 448 del libro 5, folio 387, número 45, de fecha 19 de Diciembre de 2023 que consta de Ciento Setenta y ocho (178) estudiantes que comienza con el nombre de **ABIGAIL PALLARES VILLARREAL** y se cierra con el nombre de **ZULLY SHADAY GONZALEZ MOLINA.**

AIDA BARRIOS FLOREZ
DIRECTORA

ORLANDO MENDOZA BARRIOS
SECRETARIO

ELIZABETH MENDOZA BARRIOS
DIRECTORA ACADÉMICA

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO **08 - 01038 DE 2024**

(29 de febrero de 2024)

"Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional/Ocupacional"

La Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y la Resolución No. 0270 de 2014 expedida por el Secretario de Salud Departamental

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

Que **DAYANA MARCELA LOPEZ SALCEDO,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1128329993 expedida en Santa Bárbara de Pinto - Magdalena, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional/Ocupacional como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** según TITULO que le otorgó la **CORPORACION TECNICA DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS DEL CARIBE CODETEC,** el día 19 de diciembre de 2023, según Acta de Grado N° 448.

R E S U E L V E

ARTICULO ÚNICO: Autorizase a **DAYANA MARCELA LOPEZ SALCEDO,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1128329993 expedida en Santa Bárbara de Pinto - Magdalena, para ejercer la Profesión/Ocupación de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en todo el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 29 de febrero de 2024.

ROSMERY WEHEDENING PAEZ
Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

Elaboró: HMenco
Revisó: OSierra

Resultado General -2024-04-11--12:42:20 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1128329993	DAYANA	MARCELA	LOPEZ	SALCEDO	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 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) DAYANA MARCELA LOPEZ SALCEDO identificado(a) con CC 1128329993 registra La siguiente información:

2024-04-11--12:42:20 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2024-02-29	1038	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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).

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Dayana Marcela López Salcedo

CC: 1128329993

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

Para: **Auxiliar en Enfermería.** ·

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023**, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Basados en el marco del Decreto 1710 de 2020 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **25** del mes de **Febrero** del **2024** con una intensidad de **80 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos [2 años] a partir de su expedición.

Directora Académica
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

VIGILADO MINEDUCACION

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Dayana Marcela López Salcedo

CC: 1128329993

En el Curso de: **SVB - SOPORTE VITAL BASICO** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón (A.H.A).

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

Directora Académica
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico - Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** matrícula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **25** del mes de **Febrero** del **2024** con una intensidad de **60 horas**.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1347

www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Dayana Marcela López Salcedo

CC: 1128329993

En el Curso de: **SVA - SOPORTE VITAL AVANZADO PARA AUXILIARES EN ENFERMERIA** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón(A.H.A).

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

Directora Académica
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Cumplio satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico - Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **25** del mes de **Febrero** del **2024** con una intensidad de **60 horas**.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición

Codetec

CORPORACIÓN TÉCNICA DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS DEL CARIBE

"CODETEC"

Licencia de Funcionamiento 000456 de la Secretaría de Educación Distrital
Certificado de Calidad ISO 9001 No. 10.011-4 y NTC 5555 20-011-4
Del Centro Latinoamericano de Certificación CELAC

Certifica Que:

DAYANA MARCELA LOPEZ SALCEDO

Documento de Identidad No. 1128329993

Realizó el Seminario Taller de:

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SALUD EN EL TRABAJO

AIDA BARRIOS FLOREZ
Directora

YESENIA MONTAÑEZ M.
Coordinadora

Barranquilla, 13 de Mayo de 2023

Codetec

CORPORACIÓN TÉCNICA DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS DEL CARIBE

Barranquilla Cra 44 No. 79-227
Licencia de Funcionamiento 000456 de la Secretaria de Educación Distrital
Certificado de Calidad ISO 9001 No. 10.011-5 y NTC 5555 20-011-5
Del Centro Latinoamericano de Certificación CELAC

Certifica Que:

DAYANA MARCELA LOPEZ SALCEDO

C.C. No. 1128329993 de Santa Barbara de Pinto

Realizó el Diplomado en:

URGENCIA Y CUIDADO CRÍTICO DEL NEONATO

Con una intensidad de 120 horas

Directora

Coordinadora

Barranquilla, 19 de Diciembre de 2023

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Dayana Marcela López Salcedo

CC: 1128329993

En el Curso de: **SOPORTE VITAL EN TRAUMA / PREHOSPITALARIO**

Para: **Auxiliar en Enfermería.** '

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaria de Educación institución para la educacion y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **25** del mes de **Febrero** del **2024** con una intensidad de **8 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Directora Académica
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Dayana Marcela López Salcedo

CC: 1128329993

En el Curso de: **HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL**

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico - Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaria de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **25** del mes de **Febrero** del **2024** con una intensidad de **80 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Directora Académica
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Dayana Marcela López Salcedo

CC: 1128329993

En el Curso de: **MANEJO DEL DEA**

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

Directora Académica
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico - Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023**, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **25** del mes de **Febrero** del **2024** con una intensidad de **60 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Dayana Marcela López Salcedo

CC: 1128329993

En el Curso de: **TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO Y CITOLOGIA**

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** matrícula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **24** del mes de **Febrero** del **2024** con una intensidad de **60 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Directora Académica
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

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

Dayana Marcela Lopez Salcedo

CC 1128329993 de Santa Barbara de Pinto

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

Fecha de emisión: 2024-05-01
Fecha de vencimiento: 2026-05-01

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

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

Dayana Marcela Lopez Salcedo

CC 1128329993 de Santa Barbara de Pinto

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

Fecha de emisión: 2024-05-01
Fecha de vencimiento: 2026-05-01

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

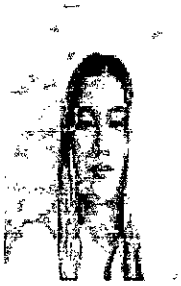
FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Examen de ingreso: X

Fecha: 17/04/2024 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: PARTICULAR
Nombres y Apellidos: DAYANA MARCELA LOPEZ SALCEDO
CC: 1128329993 Sexo: F Edad: 26 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

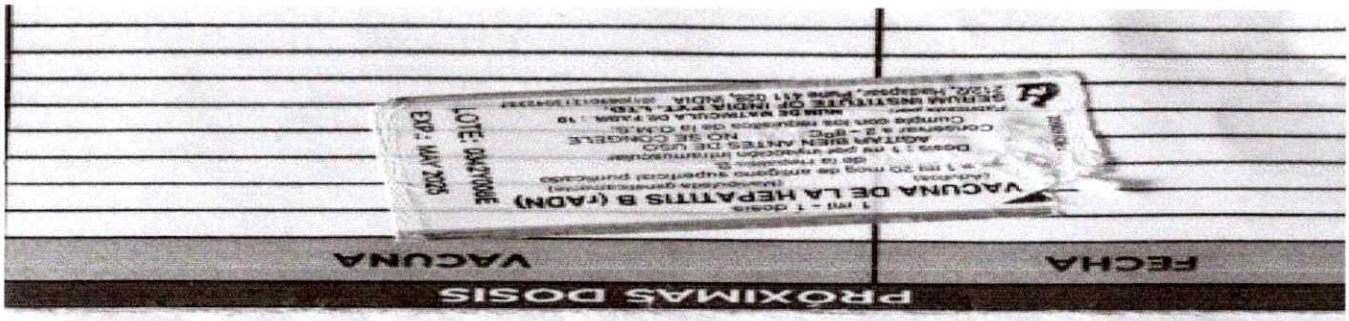
Previa entrega datos clínicos, se procede a realizar examen y verificación de datos. Por su actividad laboral se hace énfasis en usar elementos de protección personal. Acatando medidas frente a riesgos biológicos y emergencias sanitarias como: COVID-19 otros virus y bacterias.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones y/o restricciones:

- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA
- USO DE EPP
- PAUSAS ACTIVAS

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



SAVIATECH
COMPROMETIDOS CON TU SALUD

3022915257
saviatech
www.saviatech.com

CARNÉ DE VACUNACIÓN

NOMBRE(S): Dayana Marcela
APELLIDO(S): Lopez Salcedo
IDENTIFICACIÓN: 1128329093
FECHA DE NACIMINETO: 11 05 1998
SEXO: M X
TELÉFONO: 3003500437

PROTÉGETE EN CADA ETAPA DE TU VIDA

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR
DPT (Difteria - Tétano - Tosferina)				
HEPATITIS B	1 2	30/05/23 30/05/23	034Y400 034Y400	Daniela Daniela
HEPATITIS A				
TRIPLE VIRAL (Sarampión - Rubeola - Paperas)				
VARICELA				
FIEBRE AMARILLA				
TETANO				

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR
BCG (Tuberculosis)				
VPH (Virus Papiloma Humano)				
INFLUENZA (Refuerzo anual)				
NEUMOCOCO				
MENINGOCOCO				
MENINGOCOCO	Única			
OTROS				
OTROS				

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.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Doyana.

Apellidos: Lopez Salcedo.

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1128329993.

Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 05 Año 1998.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	30-5-23	2132	
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	27047	32330	
	2	30-5-27	2332	
	3			
	4			
	5			
Td/Tdap acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	30-5-23	V505	23004
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **DAYANA MARCELA LOPEZ SALCEDO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1128329993** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**EMRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SANTA BÁRBARA**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**24/04/2024**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 24 de abril del 2024. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.coosalud.com
- Línea permanente 24 Horas 018000515611

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR
Director de Operaciones - Contributivo
afiliacionescontributivo@coosalud.com
COOSALUD EPS

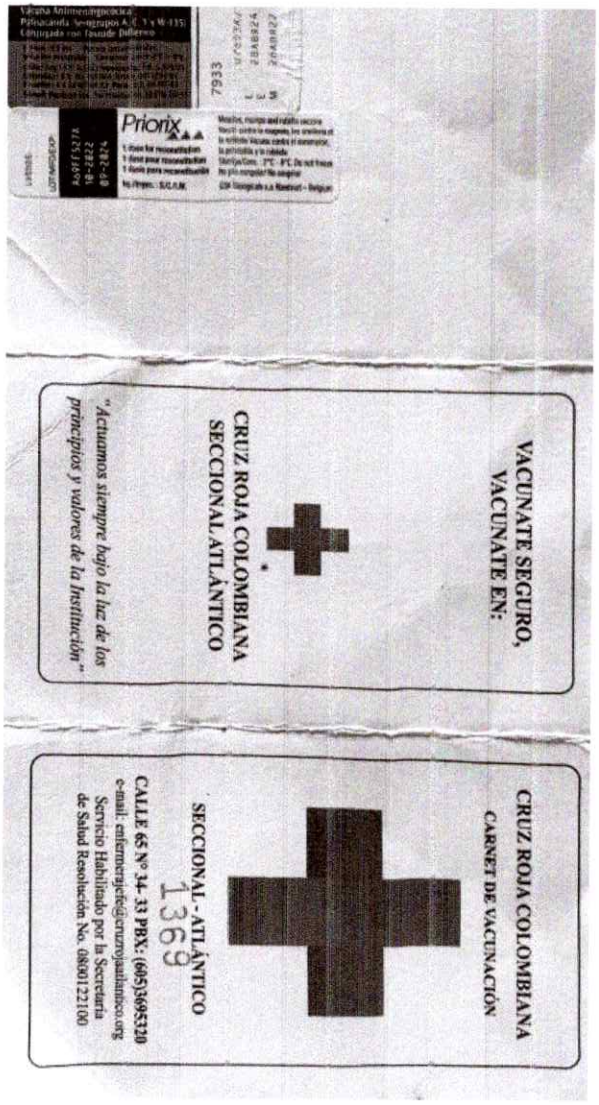
Nombre: Dayana Lopez Salcedo

Identificación: 1128329993

Fecha de Nacimiento Día 11 Mes 05 Año 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Firma
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	Ref.			
Tétano	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis A+B	1			
	2			
	3			
DPT	1 ☐			
Neumococo	1 ☐			
Meningococo B-C	1			
	2			
Meningococo	Unica	29.06.2023	U7653AJ	C/a11.a P
Triple Viral	1 ☐	29.06.2023	A690F465A	C/a11.a P
Varicela	1			
	2			
Influenza	☐			
	☐			
	☐			
Hepatitis A	1			
	2			

CRUZ ROJA COLOMBIANA Seccional Atlántico PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN



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	INGRESO	Fecha de publicación	2024-04-12 00:28

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DAYANA	MARCELA	LOPEZ	SALCEDO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1128329993

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA BÁRBARA DE PINTO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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 INTERES

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:

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 1128329993 **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 12/04/2024 12:11 AM

Código Verificación: **KDLN1BV65Y**

Válida hasta: **11/07/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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:

DAYANA MARCELA LOPEZ SALCEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.128.329.993,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

HUMB Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		18-04-2024

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos									Sexo	
Dayana Marcela lopez Salcedo									M	F X
Tipo de Documento					Número	Expedida en			Fecha de Expedición	
C.C. X	C.E	T.I	R.C	PP	1.128.329.993	Santa Barbara de Pinto			28-11-2016	
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	0	
			X				X			

Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X			

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
11	05	1998	SANTA MARTA	Mz 6 Casa 10 Bolivariana	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
dayanamarcelalopezsal@gmail.com	3003500437	

Ocupación (Seleccione)							Actividad Principal CIIU	
Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado				
					Descripción del CIIU			

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo
	Publica		Privada		Mixta	Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos:			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SERVICIOS PROFESIONALES

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 ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos oportunamente.



Dayana Lopez Salcedo.

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