HJMB
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, María Camila Arias Henriquez identificado con Cédula No. 1192765281 y Profesión Tec. Aux. 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: María Camila Arias Henriquez

	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/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	•	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	•	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		X
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 Título (Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)	•	
15	Tarjeta Profesional		X
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)		X
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Victimas 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).		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.	✓	
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.		X
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).		X
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	Carnet 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://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)	✓	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.192.765.281

ARIAS HENRIQUEZ

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

María Camila A H

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-2000

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

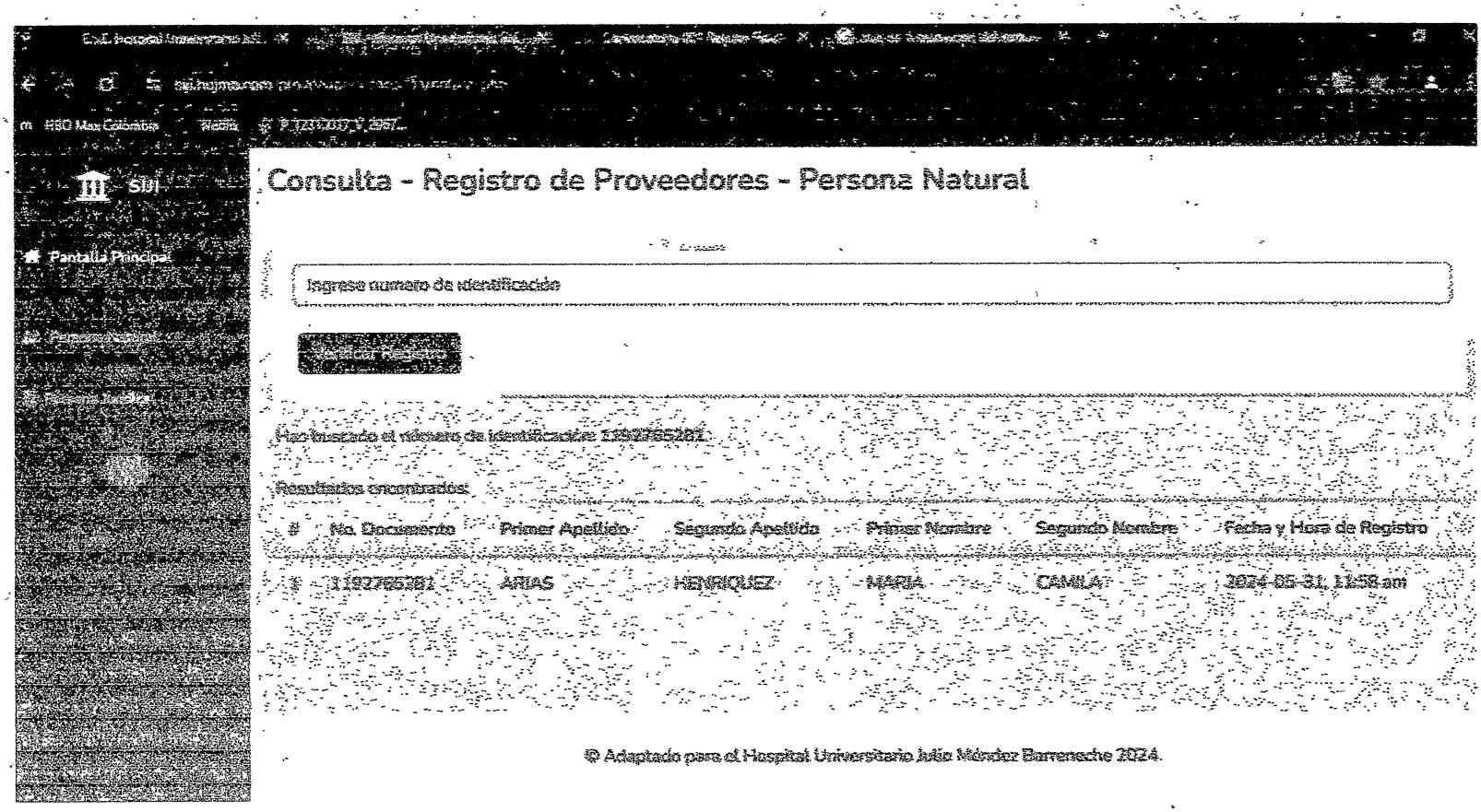
A+
G.S. RH

F
SEXO

27-NOV-2018 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2100150-01308280-F-1192765281-20220718 0080086433A 1 8505105082



Powered by CamScanner

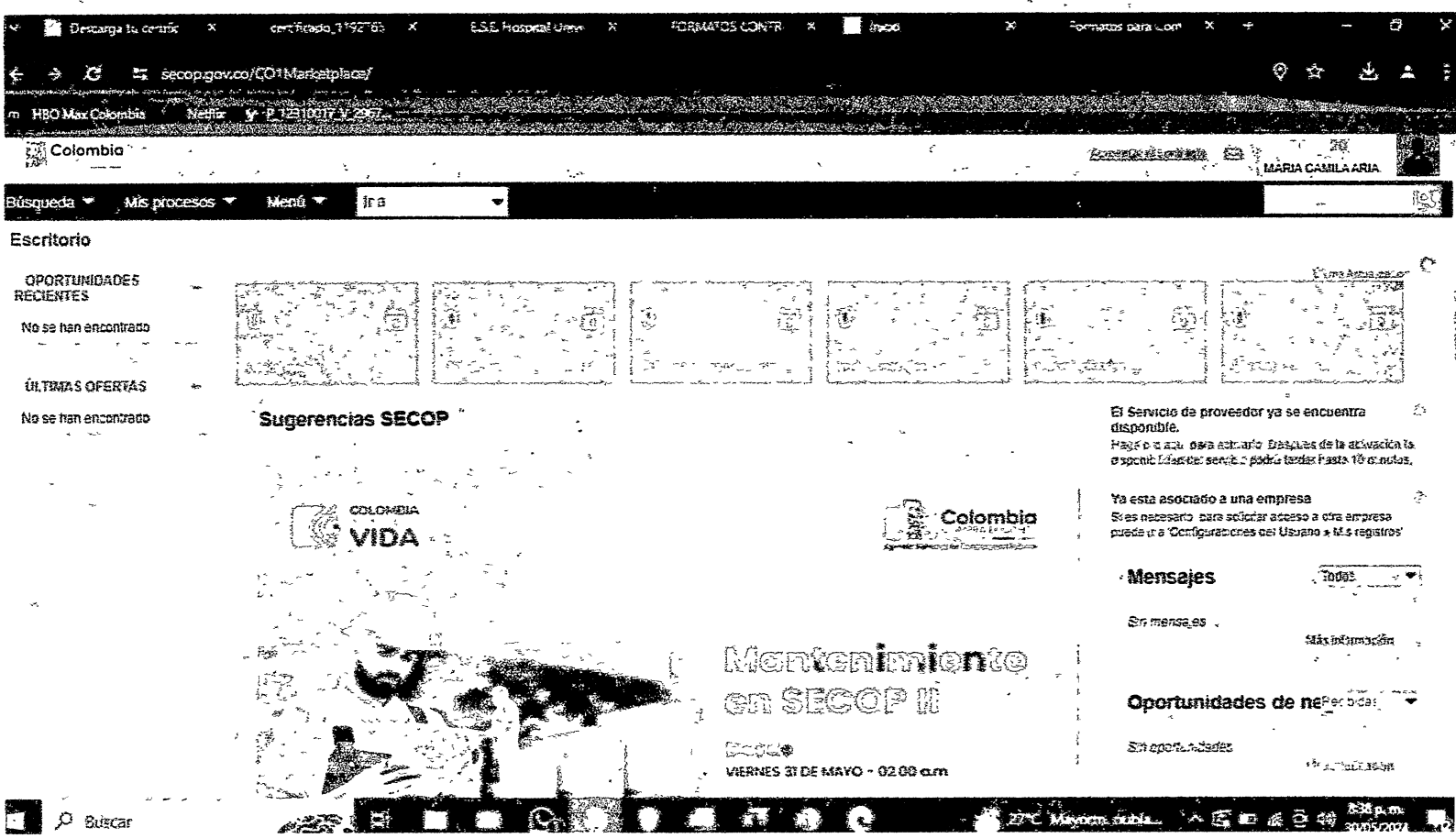
El(la) suscrito(a) María Camila Arias Henríquez identificado con C.C./C.E./P.P No. 1192765281 expedida en Barranquilla, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. 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 30 del mes de Mayo de 2024.

Firma María Camila Arias H
Nombre María Camila Arias Henríquez
Cédula 1192765281

COPIA



Powered by CamScanner

Santa marta D.T.C.H, Mayo 2024

Gerente:
NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Yo María Camila Arias H identificado con la cedula de ciudadanía N.º 1192765281 de Santa Marta - Magdalena, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios como Aux. de Enfermería. Con alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmado las metas y objetivos encomendados por la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias dando apoyo administrativo, donde lo requiera el ente.

Agradeciendo su amable colaboración.

Cordialmente,

María Camila Arias H
CC: 1192765281 de Barranquilla
DIRECCION: Cle 26Bis #79.-62
TEL: 3045464681
CORREO ELECTRONICO: maiac_arias2020@hotmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14968741776

(415)7707212489984(8020) 000001496874177 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1192765281	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

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 13	1192765281	2018 11 27

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Atlántico 08	Barranquilla 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARIAS	HENRIQUEZ	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37.

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

41. Dirección principal: CL 29I 7A 82 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico: mariac_arias2000@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3045468 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2023 12 21						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obligación 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: 2 | 61. Fecha: 2023-12-21 12:27

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 1.6.1.2.5 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: SANCHEZ PINEDO ANTONIO JOSE

985 Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 21-12-2023 12:01:36Pm

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
Arias	Henriquez	Maria Camila

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (✓) C.E ( ) PAS ( ) No. 1192765281	F (✓) M ( )	COL. (✓) EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 18 MES 11 AÑO 2000	Clle 26Bis # 7a - 62
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Magdalena
DEPTO Magdalena	MUNICIPIO Santa Marta
MUNICIPIO Santa Marta	TELÉFONO 3045464681 EMAIL mariac-arias2000@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: Bachiller
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10 11	MES 12 AÑO 2019
									X	

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	✓		Tc. 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)

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 ESPACIO 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	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Comercial Allau SAS		✓	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
324 2126039	DÍA 28 MES 09 AÑO 2022	DÍA 11 MES 03 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
6horas Embajadora de Experiencias		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	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	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	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	1 año	5 meses
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 / 31 / May / 24

María Camila Arias

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

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE SANTA MARTA Y

LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

CETECOS

Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Con licencia de funcionamiento según resolución No. 1407 del 28 de Noviembre de 2008 y con registro de programa según resolución No. 0973 de Agosto 26 de 2015 emanada de la Secretría de Educación Distrital de Santa Marta y acuerdo No. 00118 de Mayo 19 de 2015 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN:

Auxiliar en Enfermería

A:

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ

Documento de Identidad: 1.192.765.281 de: Barranquilla (Atlántico)

Por haber cursado y aprobado el programa de:

Auxiliar en Enfermería

con una intensidad total de 1800 horas.

Dado en Santa Marta a los 20 días del mes de Diciembre de 2023

DIRECTOR

Anotado en el folio No. 020 Registro 0706 del libro

SECRETARIA GENERAL

202

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
FECH4 Folios: NROFOLIOS
Origen: ORIGHEN
Destinatario: DHESTIN@TARYO
R@QTKADO

RESOLUCIÓN No. 47 0517 DE 08 FEB 2024

"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor(a) **MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.192.765.281, expedida en Barranquilla, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, el cual le fue otorgado por LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS, con Acta de Certificados 0706 del 20 de diciembre de 2023.

Que con la solicitud el(la) señor(a) MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el (la) señor(a) **MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ** cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta, funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano, se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

ARTICULO ÚNICO: Autorizar a **MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.192.765.281, expedida en Barranquilla, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 08 FEB 2024

KRIZZTHY XIOMARA RAMOS LOPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	Piedad De La Hoz Orozco	Profesional Universitario	

Declaro que he revisado el presente documento, lo encuentro ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presento para su firma.



2161

Resultado Control -2024-05-31_10:58:50 AM

CC	1192765281	MARIA	CAMILA	ARIAS	HENRIQUEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez cruzadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ identificado(a) con CC 1192765281 registra la siguiente información:

2024-05-31_10:58:50 AM

Información Académica

AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2024-02-08	517	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 o 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).



Powered by CamScanner

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C119276528100180646

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1192765281 y T.P. o R.M. No. auxiliar de endermeria del(a) Secretaría de Salud Distrital de Santa Marta, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 10 mayo 2024 a solicitud del(a) interesado(a).

ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.
E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org



La República de Colombia

Y en su nombre la Secretaría de Educación Municipal de Soledad

CENTRO DE EDUCACIÓN POR CICLOS SIMÓN BOLÍVAR

CESBO

Institución educativa formal aprobada con Licencia de Funcionamiento No. 0665 de 31 Octubre de 2017 Emanada de la Secretaría Municipal de Educación de Soledad

Confiere a:

María Camila Arias Henríquez

Identificado(a) con:

C.c No 1.192.765.281 de Barranquilla-Atlántico

El título de:

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondiente al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas del proyecto educativo institucional vigente.

CENTRO DE EDUCACIÓN POR C.L.C.; SIMÓN BOLÍVAR - CESBO Soledad Atlántico SECRETARÍA GENERAL

Lic. Eder De Jesús Mendoza Méndez — *Sec. Luz Dari López De La Hoz*

Libro No. 1 Acta No. 4 Folio No. 13 *No. de Diploma* 195

Dado en Soledad a los 20 días del mes de Diciembre de 2019

Educación, Esfuerzo & Disciplina

Para Enaltecer Valores en Seres Humanos

CENTRO DE EDUCACIÓN POR CICLOS SIMÓN BOLÍVAR
CESBO

Institución de Educación Formal aprobada con Licencia de Funcionamiento N° 0865 de 31 de Octubre de 2017 de la Secretaría Municipal de Educación de Soledad.Código DANE N° 308758800215, Código ICFES N° 716779 , Nit. 901.108.759 - 1.

Acta Individual de Grado

En la Ciudad de Soledad (Atlántico), a los (5) cinco días del mes de Diciembre del año 2019, se reunieron en la rectoría Del Centro De Educación Por Ciclos Simón Bolívar, CESBO, Institución de Educación aprobada con Licencia de Funcionamiento N° 0865 de 31 de Octubre de 2017, emanada de la Secretaría Municipal de Educación de Soledad, el Rector y la Secretaria General, con el fin de realizar la revisión e inspección de los documentos de los graduandos del ciclo VI del año 2019 Comprobada la situación académica de los estudiantes del ciclo VI de Educación Media Académica para adultos y jóvenes en extra edad se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico a los graduandos cuyos nombres, apellidos y documentos de identificación se relacionan a continuación:

María Camila Arias Henríquez

Cc No 1.192.765.281 de Barranquilla-Atlántico

Libo N° 1 Acta N° 4 Folio N° 13 N° de Orden 07

Es fiel copia del Acta original N° 4 de diciembre 05 de 2019, que consta de 145 Educandos graduandos, que inicia con el nombre de **OSCAR DAVID AGAMEZ CANTILLO** Y finaliza con el nombre de **YULEISIS ESTHER VISBAL ORTÍZ**

Firmado y sellado por el Rector Lic. Eder De Jesús Mendoza Méndez , y La Secretaria General Luz Dari López De La Hoz

Dado en la ciudad de Soledad, a los 20 días del mes de Diciembre de 2019

En constancia de la presente se firma y se sella, por quienes intervinieron en el cumplimiento de lo ordenado en las disposiciones legales.

CENTRO DE EDUCACIÓN POR CICLOS SIMÓN BOLÍVAR - CESBO

Lic. Eder De Jesús Mendoza Méndez

CENTRO DE EDUCACIÓN POR CICLOS SIMÓN BOLÍVAR - CESBO

Luz Dari López De La Hoz

Educación, Esfuerzo & Disciplina

Para Enaltecer Valores en Seres Humanos

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 0706

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 9:00 a.m. del día 20 de Diciembre de 2023, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

A:

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ

Doc. Identidad: 1.192.765.281, Expedido en: Barranquilla (Atlántico)

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

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

Número de Horas:1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico y se registra en el folio No. 020 del Libro de Actas No. 004.

RECTORA
ALEXA DIAZGRANADOS PEREA

SECRETARIA
ANA K. AVENDAÑO GUTIERREZ

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT. 901.667.882-6

CENTRO INTERNACIONL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIASY LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente CONSTANCIA A:

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ.
C.C. 1.192.765.281

su participación como asistente de los cursos de:

"SOPORTE VITAL BÁSICO "BLS" ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA Y "ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA)
EL DÍA 27 DE OCTUBRE DE 2023.

Temario: Patologías, situaciones y ritmos que advierten un paro cardio-respiratorio, Código azul en salas de urgencias y reanimación, Manejo avanzado de la vía aérea, Técnicas de intubación, Farmacología y utilización de medicamentos en la reanimación avanzada, Manejo del Desfibrilador Externo Automático (DEA), Manejo del Cardio Desfibrilador, Síndromes coronarios agudos, Pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual, Atención inicial a nivel psicosocial y comunicación asertiva con las víctimas de violencia sexual infantil, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias, Valoración clínica inicial de la víctima.

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de SECRETARIA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4481 de 2012 Cruz Mag

DR STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTIFICO
MÉDICO INTERNISTA - CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS GLEM

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT 901687882-6

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS GLEM 2023

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ.

C.C. 1.192.765.281

REALIZÓ EL CURSO TALLER

"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMASDE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 27 DE OCTUBRE DE 2023. DURACIÓN 40 HORAS.

Según Resolución 0459 del 2012.

Según Resolución 3100 del 2019.

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de SECRETARIA DE SALUD. certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4381 de 2012. Cruc Mag

AMAURY JULIO.
COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMÉRICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y SIMULACIÓN CLÍNICA.

DR STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA - CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

DR RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

FECHA DE RENOVACION – OCTUBRE 2025.

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

@emergencias.glem @emergencias.glem emergencias.glem@gmail.com

Linea nacional 310 231 0500

LO BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL...

UPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

01.687.882-6

ENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

CERTIFICA

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ.

C.C. 1.192.765.281.

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL AVANZADO SVA (ACLS)"

"REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 08 DE MAYO DE 2024.

DURACIÓN 48 HORAS.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020

SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR) PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.RESOLUCIÓN 3100/2019

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de SECRETARIA DE SALUD Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4481 de 2017. Cruz Magi

AMAURY JULIO.
COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMÉRICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y SIMULACIÓN CLÍNICA.

DR STEVENSON CARDONA C.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA - CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

DR RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS GLEM

FECHA DE RENOVACION -MAYO 2026

@emergencias.glem @emergencias.glem emergencias.glem@gmail.com

Línea nacional 310 231 0 500

BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL...

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT 901 687 882 6

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS GLEM 2023

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ.

C.C. 1.192.765.281

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (BLS)"

"REANIMACION CARDIOPULMONAR BÁSICA"

EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 27 DE OCTUBRE DE 2023.
DURACIÓN 20 HORAS.
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.
RESOLUCIÓN 3100/2019

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de SECRETARIA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4481 de 2012 Crue Mag.

AMAURY JULIO.
COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMÉRICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y SIMULACIÓN CLÍNICA.

DR STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA - CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

DR RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

FECHA DE RENOVACION – OCTUBRE 2025.

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

@emergencias.glem @emergencias.glem emergencias.glem@gmail.com

Linea nacional 310 231 0 500

LO BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL...

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

María Camila Arias Henriquez

CC 1192765281 de Barranquilla - Atlántico

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

Fecha de emisión: 2024-05-29
Fecha de vencimiento: 2026-05-29

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

María Camila Arias Henriquez

CC 1192765281 de Barranquilla - Atlántico

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: 2024-05-31
Fecha de vencimiento: 2026-05-31

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT 901.687.882-6

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIASY LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente CONSTANCIA A:

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ.
C.C. 1.192.765.281.

su participación como asistente de los cursos de:

"SOPORTE VITAL AVANZADO "ACLS"ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA AVANZADA "48 HORAS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 08 DE MAYO DE 2024.
DURACIÓN 48 HORAS.

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).
Temario: Patologías, situaciones y ritmos que advierten un paro cardio-respiratorio, Código azul en salas de urgencias y reanimación, Manejo avanzado de la vía aérea, Técnicas de intubación, Farmacología y utilización de medicamentos en la reanimación avanzada, Manejo del Desfibrilador Externo Automático (DEA), Manejo del Cardio Desfibrilador, Síndromes coronarios agudos, Abordaje al paciente con Evento cerebro vascular, Cuatro ritmos de paro y abordaje con software interactivo, Manejo del diagnóstico diferencial (5T y 5H), Código azul y Mega códigos talleres prácticos y Software.
Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardiopulmonar guías 2020, de acuerdo lo que exige la resolución 3100/2019 para el personal del equipo de salud. RESOLUCIÓN 3100/2019.

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023. De SECRETARIA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4481 de 2012. *Crue Mag.*

DR STEVENSON CARDONA S
DIRECTOR CIENTÍFICO
FELLOW ELECTROFISIOLOGIA

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

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 1192765281 **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 30/05/2024 09:03 PM

Código Verificación: **HKQLVESA9J**

Válida hasta: **29/08/2024**

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: Maria Camila

Apellidos: Arias Henriquez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1192765281

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 11 Año 2000

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: MARIA

Apellidos: ARIAS HENRIQUEZ

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1192765281

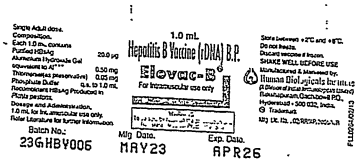
Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 11 Año 2000

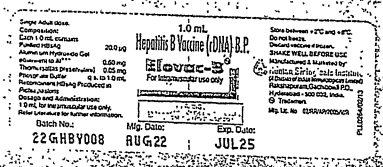
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	08-07-22	V022024	Natalis
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	08-08-22	233110116	Natalis
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22-11-2021	Moderna	999877	promob	Sler	2879402
	2	29-03-22	PFIZER	2109 63	Prevesalud IPS	Nicolle Tejada	1004362165
		28-11-22	Pfizer	PC4004G	Natalys	Dina Olivo	22-die OK

	Fecha de vencimiento del vacuno	Fecha de vencimiento del vacuno	Fecha de vencimiento del vacuno	Fecha de vencimiento del vacuno	Fecha de vencimiento del vacuno	Fecha de vencimiento del vacuno
1 Dosis	24/03/23	22 le HBV008	( )			
2 Dosis	04/10/23	236HBV006 04/2026	Evelin A			
3 Dosis						
1 Dosis						
2 Dosis						
3 Dosis						
1 Dosis						
2 Dosis						
3 Dosis						
1 Dosis						
2 Dosis						
3 Dosis						
1 Dosis						
2 Dosis						
3 Dosis						





Profamilia

Carnet de vacunación

Sumale puntos a la vida

Sumale puntos a la vida, vacúnate y previene.

Nombre: Maria Camila Nuñez

No. Documento: 1192765271 Fecha nacimiento: 15 11 2000

Teléfono/Celular:

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	2024-05-30 15:44

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	CAMILA	ARIAS	HENRIQUEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1192765281

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	BARRANQUILLA

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 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

13. 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

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.

14. DECLARACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CRISTIAN	DAVID	RODRÍGUEZ	SANCHEZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1081821900

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES HASTA 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

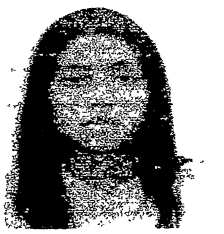
2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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:

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: X

Fecha: 31/05/2024 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ
Cedula: 1192765281 Sexo: F Edad: 23 Años
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, verificación y realizar examen médico normal se, hacen reinducción en el uso de protección para Factores de Riesgo consignadas en el Programa de SG-SST para la prevención de Accidente y Enfermedades laborales. Por su actividad laboral del sector salud, es importante el uso Elementos de Protección (EPP) en la atención de pacientes según la clasificación del riesgo biológico; y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias. Las medidas de prevención

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: o HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE   o PAUSAS ACTIVAS   o USO DE EPP   o CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.
La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud. Evaluada por teleconsulta decreto 358 del 2020-telemedicina resolución 2654 de 2019 artículo 2 de la ley 1419 de 2010

Santander Marquez Buenaventura
MEDICO CIRUJANO

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817938
Santa Marta – Colombia

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		4700101 - Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	Distrito SANTA MARTA	Municipio	Distrito SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 Barrio Libertador
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Documento de Habilitación de Servicios: DHSS0343086

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

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección: AVENIDA LIBERTADOR N° 25-53 - Teléfono(s): 4358357 - 4208560 EXT 1115 4208560 EXT 1105 - Correo Electrónico saludsistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2012 (DD-MM-AAAA).

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

El presente documento es copia de conformidad con la prevista en la Parte II, Título I, Capítulo I del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, entre otras que la modifiquen o complementen.

Código interno del sistema: PRHSS0343086

Versión: 2.1

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

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:

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.192.765.281**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 30 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.

EPS sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1192765281** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1192765281
NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ
TIPO DE AFILIADO	BENEFICIARIO
PARENTESCO	HIJO(A)
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	12/04/2024
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	596
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	49

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **31/05/2024**

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

HJMB 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	Contratación	31 / 05 / 24

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos				Sexo			
María Camila Arias Henriquez				M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1192765281	Barranquilla	27 / 11 / 2018

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
18	11	2000	Barranquilla	Cll 26Bis #70-62	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
mariac-arias2000@hotmail.com	3045464681	

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

Detalle Actividad Económica	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
Hospital UN. Julio M.B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	Aux. de enfermería

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra 14 #23-42	Santa Marta	Alcazares	6054365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules					
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 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:

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.



María Camila Arias H

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