REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.271.404**

SANTODOMINGO MIRANDA

APELLIDOS

IRENE DEL CARMEN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUL-1984**

FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-JUL-2002 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2101000-00554903-F-0057271404-20140318 **0037**671077A 1 41063776

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Irene Del Carmen Santodomingo Miranda, Identificado (a) con Cédula No. 57271404 y Profesión **Auxiliar Enfermeria** **AUTORIZO** que la **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hospital con fines de contratación.

FIRMA:

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL (Auxiliares de enfermería, Enfermeras jefes, Instrumentadoras Quirúrgicas, Fisioterapeutas, Bacteriólogos, Psicólogos, Nutricionista, Médicos Generales y Especialistas) - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	**SI**	**N/A**
1	Cedula de Ciudadanía		
2	Lista de Chequeo firmada		
3	Capture de pantalla – Usuario Secop II (Pantallazo)		
4	Propuesta de Servicios		
5	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
6	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTORES**)		
7	RUT - Registro Unico Tributario (Del año Vigente)		
8	Hoja de Vida — Función pública (Sigep)		
9	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**		
10	Certificado de antecedentes **ETICO PROFESIONAL -** Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo, Enfermeras, Fisioterapeutas **(fecha vigente –MES actual**).		
11	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica)**		
12	Resolución departamental para ejercer profesión		
13	Tarjeta Profesional (Si aplica)		
14	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
15	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos Generales**), desde **$400.000.000** millones de pesos (**Especialistas**) y desde **$100.000.000** millones de pesos. (**Auxiliares de enfermería, enfermeras jefes, fisioterapeutas, instrumentadoras quirúrgicas, Psicólogos, nutrición**)		
16	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**.		
17	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO -** Auxiliares de enfermería **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
18	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras, Médicos, especialistas y auxiliares de enfermería **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
19	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
20	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continúa en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS -** Médicos Generales y Especialistas.		
21	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Enfermeras jefes, médicos generales, especialistas y Psicólogos)		
22	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **TOMA DE MUESTRAS** (Auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes)		
23	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas).		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continúa en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Médicos Generales, especialistas, auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes).		
25	Curso de Humanización en los servicios de salud (Area Asistencial en General)		
26	Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Médicos Generales, auxiliares de enfermería y Enfermeras Jefes)		
27	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)**		
28	Soporte de experiencia laboral. (Certificaciones laborales)		
29	Vacunas (**HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA**) (todo el personal asistencial)		
30	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES** — Diligenciar en la Página web (**https:// https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013) con fecha actualizada.**		
31	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
32	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
33	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
34	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM		
35	Certificación Bancaria (Del año Vigente)		

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo del Área de Contratación y Talento Humano.

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 12:13:36
IRENE DEL CARMEN...

Configuraciones del usuario
IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA
CAT: 1557392

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

3 Mayo, 2024(UTC -5) 12:13:36

Salir

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0 Suscripciones

0 En edición

0 Adjudicaciones pendientes

Sugerencias SECOP



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

Mensaje Tod

Sin mensajes…
Más información

Oportun Rec

Sin oportunidade
Más información

Fundación, Octubre del 2024

PROPUESTA ECONÓMICA

Dr. SERGIO ANTONIO ARAGON COTES
Gerente Hospital San Rafael de Fundación

ASUNTO:PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.

El presente documento tiene como principal objetivo: Brindar de una manera clara y sencilla el alcance de los servicios que pongo a su amable consideración como apoyo a la gestión de prestación de servicios asistenciales en la ESE Hospital San Rafael de Fundación Magdalena.

OBJETIVO DE LA OFERTA:

PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA .

1) Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato. 2) Realizar las actividades auxiliares enfermería y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos hospitalarios, tendientes a promover la recuperación del paciente, en el servicio de traslado asistencial básico y mexicanizado de la ESE.
3) Traslado de paciente a los diferentes puntos de referencia dentro y fuera del departamento del Magdalena.
4) Tener los cuidados necesarios durante el traslado del paciente e informar las novedades presentadas durante la remisión.
5) Administrar los medicamentos según las directrices emanadas del Médico responsable.
6) Adoptar medidas de autoprotección personal durante la prestación de su servicio y fomentar observación y acatamiento de las medidas de protección en los pacientes de la E.S.E. Hospital San Rafael de fundación, para la cual deberá garantizar la utilización permanente de los elementos de protección personal que le suministre la parte contratante cuando se efectúen las emisiones.
7) Diligenciar los registros de enfermería para dejar evidencia asistencial y legal de las actividades ejecutadas.
8) Realizar el correcto y completo de licenciamiento de las historias clínicas sistematizada coma y de acuerdo a lo establecido en la resolución 1995 de 1999.
9) Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipo asignado y supervisar la fecha de vencimiento de los insumos contenido en el servicio de traslado asistencial e informal estado y pérdida.
10) Atender las recomendaciones que con referencia a la ejecución del objeto contractual le haga el supervisor designado por el hospital.
11) Aplicar los medicamentos de acuerdo a las técnicas establecidas.
12) Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiere hacer los traslados asistenciales.
13) Estar presente en los respectivos cambios de turno.

14) Poner en conocimiento del hospital cualquier situación irregular que se presente o que requiera su participación.
15) Mantener en forma permanente altos niveles de eficiencia técnica y profesional para atender sus obligaciones.
16) Dar estricto cumplimiento a los términos pactados en el contrato y por ningún motivo abandonar el servicio contratado.
17) Responder por los daños y perjuicio en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevará igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar.
18) Adoptar las medidas pertinentes para garantizar la comunicación y fácil localización para suplir un plan de emergencia, para la cual deberá certificar el número telefónico.
19) Seguir las directrices que durante el desarrollo del contrato le imparta el hospital, a través de los funcionarios que ejercen control de ejecución.
20) Presentar los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas.
21) La contratista debe acreditar durante toda la vigencia del contrato, el cumplimiento de sus obligaciones Con los sistemas de salud, pensión y riesgo profesionales.
22) Asistir a las diferentes capacitaciones programadas por la empresa y someterse a las evaluaciones periódicas de conocimiento científico y administrativo.
23) Ser diligente en el cuidado de los bienes propios del hospital y propender por evitar el hurto y demás delitos en contra de la empresa.
24) Abstenerse de consumir bebidas alcohólicas y sustancias psicotrópicas antes o durante su jornada de prestación del servicio.
25) Aplicación de la política de seguridad al paciente.
26) Participar del 100% de los espacios de fortalecimiento técnico capacitaciones que se realice en la ese hospital departamental San Rafael de fundación coma durante la vigencia del contrato.
27) las demás que la gerencia y el supervisor del contrato Determine necesaria para la adecuada prestación de los servicios.

PLAZO Lo establecido en los estudios previos.

VALOR Lo establecido en los estudios previos.

Agradeciendo la atención prestada,

IRENE SANTODOMINGO MIRANDA
C.C. 57.271.404

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14825944366

(415)7707212489984(8020) 000001482594436 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 7 2 7 1 4 0 4	2 0 0 2 0 7 2 3

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANTODOMINGO	MIRANDA	IRENE	DEL CARMEN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Fundación 2 8 8

41. Dirección principal: MZ 2 AP 13 URB SIMON BOLIVAR

42. Correo electrónico: irenedelcarmensantodomingo@gmail.com

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 05 - 02 / 15 : 35: 26

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 SANTODOMINGO MIRANDA IRENE DEL CARMEN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
Santodomingo	Miranda	Irene Del Carmen

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57271404

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 08 MES 07 AÑO 1984

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: FUNDACIÓN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MANZANA 2 APT 13 APT SIMON BOLIVAR

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: FUNDACIÓN

TELÉFONO: 304625 EMAIL: irenedelcarmensantodomingo@gma

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2015
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

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 O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 null null #5A-46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	15	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46 Barrio San Bernardo					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AMBULANCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 16N 5A 46 Barrio San bernardo					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AMBULANCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 16N 5A 46 BARRIO SAN BERNARDO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AMBULACIA						*DIRECCIÓN* CALLE 16N 5A 46 BARRIO SAN BERNARDO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 16N 5A 46 BARRIO SAN BERNARDO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* AREA SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 16 #5A-46					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	0

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X__ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Cent Santo domingo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Acta Individual de Grado
Institución Educativa Departamental
Jhon F. Kennedy

En Fundación Magdalena a los 3 días del mes de Julio del año 2015, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, la suscrita Rectora y la Secretaria de la:

Institución Educativa Departamental JHON F. KENNEDY

Reconocida oficialmente por la Secretaria de Desarrollo de la Educación del Departamento del Magdalena según Resolución No. 1138 de Noviembre 21 de 2014. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica Secundaria llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a la entrega del Título de:

Bachiller Académico

Al Graduando cuyos apellidos, nombres y documento de identidad se relacionan a continuación:

SANTODOMINGO MIRANDA IRENE DEL CARMEN

Identificado(a) con C.C. No. 57.271.404 de Fundación

Es fiel copia del Acta General de Graduación Libro 1 Folio 8 Diploma 31 de Fecha 3 de Julio de 2015 que consta de 35 Alumnos que comienza con el nombre de: ALCAZAR BERRIO KELLY JOHANA y se cierra con el nombre VALENCIA JAIMES MAYELIS JUDITH

Firmada y Sellada por:
Esp. YINA PADILLA MARTINEZ (Rectora)
CARMEN BUELVAS RAMIREZ (Secretaria)

Esp. YINA PADILLA MARTINEZ
Rectora

CARMEN BUELVAS RAMIREZ
Secretaria

Dada en Fundación (Magdalena) a los 3 días del mes de Julio de 2015

Escaneado con CamScanner

República de Colombia
La Secretaría de Educación Departamental

Y en su nombre la

Institución Educativa Departamental "Jhon F. Kennedy"
Fundación Magdalena

Reconocida oficialmente por la Secretaria de Desarrollo de la Educación del Departamento del Magdalena según Resolución No. 1138 del 21 de Noviembre de 2014

Confiere a:

Irene del Carmen Santodomingo Miranda

C.C. No.57.271.404 de Fundación

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - de la Institución

Inst. Educativa Dptal Jhon F. Kennedy
Fundación — Magdalena

Esp. Yina Padilla Martínez
Rectora

Carmen Buelvas Ramírez
Secretaria

Anotado en el control interno del plantel Libro 2 Folio 6 Diploma No. 31

Dado en Fundación (Magdalena), a los 3 días del mes de Julio del Año 2.015

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE LA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA A LA:

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con licencia de funcionamiento según resolución No. 001 del 31 de Enero del 2003 y 494 del 27 de julio de 2010 y con registro del programa No. 494-09 del 18 de julio 2011, emanada de la Secretaría de Educación Departamental del Magdalena y Acuerdo No. 0108 del 16 de junio de 2011de la comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

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

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A:

IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA

Identificado(a) con la C.C. número 57.271.404.expedida en Fundación

Por haber cursado y aprobado el programa de aptitud ocupacional por competencias como técnico laboral en Auxiliar En Enfermeria, con una intensidad de 1800 horas.

Expedida en Fundación, Departamento del Magdalena, a los Dos (02) días del mes de Diciembre de 2017.
En constancia firmamos y sellamos

Manuel Santodomingo Pereira	Alcides Varela Suarez	Heiner Gómez Villarreal
Director	Coordinador Académico	Jefe de Registro y Control

Libro de Registro No. 01 Folio No. 001 Acta No. 011

Escaneado con CamScanner

República de Colombia
Gobernación del Magdalena

MAGDALENA SOCIAL ES LA VÍA

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
20/2/2018 Folios: 1
Origen: 1012/RPSS/REGISTROS PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD
Destinatario: IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA
E-2018-002883

RESOLUCIÓN Nro. 47 0423

Por la cual se registra un titulo
LA SECRETARIA 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) **IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 57,271,404, expedida en Fundacion - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por **LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE COTECNOR,** con Certificado de Ceremonia No. S/N del 02 de Diciembre de 2017.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 57,271,404, expedida en Fundacion - Magdalena, 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: 21 FEB 2018

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Martha Vásquez
Revisó: Piedad De La Hoz Orozco.

Escaneado con CamScanner

Resultado General -2023-11-25→12:13:57 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57271404	SANTODOMINGO	MIRANDA	IRENE	DEL CARMEN	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SANTODOMINGO MIRANDA IRENE DEL CARMEN identificado(a) con CC 57271404 registra La siguiente información:

2023-11-25→12:13:57 PM

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	2018-02-21	423	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA 802061288
CERTIFICADO RM25318
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900193664

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** JNUNEZ **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 22 MM 08 AAAA 2024

TOMADOR	SANTODOMINGO MIRANDA IRENE DEL CARMEN	**C.C. O NIT:**	57271404 1
DIRECCIÓN:	MZ 2 C 13 B SIMON BOLIVAR	**CIUDAD:**	FUNDACION
E-MAIL:	IRENEMIRANDA@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	6054131822
ASEGURADO:	SANTODOMINGO MIRANDA IRENE DEL CARMEN	**C.C. O NIT:**	57271404
DIRECCIÓN:	MZ 2 C 13 B SIMON BOLIVAR	**CIUDAD:** FUNDACION	**TEL.** 6054131822
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE	22 08 2024			100,000,000.00
HASTA	22 08 2025			

INTERMEDIARIO		COASEGURO			
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO
100.00	ESCOBAR GUERRERO, JAIME RAFAEL				

PRIMA		
TRM:	MONEDA	VALORES
PRIMA NETA	PESOS	108,000.00
CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
IVA	PESOS	20,520.00
TOTAL		128,520.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	22-08-2024	22-08-2025	0.00	100,000,000.00	108,000.00	10	2,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	22-08-2024	22-08-2025	0.00	20,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	22-08-2024	22-08-2025	0.00	20,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	22-08-2024	22-08-2025	0.00	20,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	22-08-2024	22-08-2025	0.00	20,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS. ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998911901(8020)0900193664

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D. del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE "COTECNTOR"

CERTIFICA LA PARTICIPACIÓN DE:

IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No **57.271.404,** expedida en Fundación, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **SOPORTE VITAL BASICO**, programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL.**

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición

Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 05 de agosto 2024.

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación F01R01XMS9-0093

Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales.

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena. Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D. del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud

Nit. 830508231-8

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE "COTECNTOR"

CERTIFICA LA PARTICIPACIÓN DE:

IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No **57.271.404,** expedida en Fundación, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **SOPORTE VITAL AVANZADO**, programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL.**

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición

Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 09 de agosto 2024.

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación F01R01XMS9-0079
Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales.

Soporte Vital

CERTIFICA

la asistencia de:

Irene del Carmen Santodomingo Miranda

CC No 57.271.404

Profesión:

Auxiliar de Enfermería

En el Curso de:

Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Fundación (Magdalena), el día 23 de noviembre de 2024 con una intensidad de 48 horas. Este certificado Certificado tiene una Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Código de Verificación: **VS04802**

Ariel R Araque Ch
REPRESENTANTE LEGAL
GERENTE COMERCIAL

Dra. Daniela Marcela Vecino Diaz
COORDINADOR CIENTIFICO
INS .MANEJO DEL DOLOR

Para la verificación de la autenticidad de los certificados se puede comunicar a los siguiente correos Comercial@svsoportevital.com ó al celular 3117150147

www.svsoportevital.com

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017, emanada de la Secretaría de Educación Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D. del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE "COTECNTOR"

CERTIFICA LA PARTICIPACIÓN DE:

IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No **57.271.404,** expedida en Fundación, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLÍNICO**, programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL.**

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición

Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 05 de agosto 2024.

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación F01R01MSJR039
Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales.

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017, emanada de la Secretaría de Educación Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D. del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.
Nit. 830508231-8

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE "COTECNTOR"

CERTIFICA LA PARTICIPACIÓN DE:

IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA identificada con la cedula de ciudadanía **No 57.271.404** expedida en Fundación, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON ACIDO**, programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL.**

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición

Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 01 de diciembre 2022.

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación F01R02WIL0032
Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales.

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D. del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.
Nit. 830508231-8

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE
"COTECNTOR"

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE:

IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA identificada con la cedula de ciudadanía **No 57.271.404**, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **PRIMEROS AUXILIOS**, programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL.**

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición

Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 5 de octubre 2022.

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación ESE042022
Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D. del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.
Nit. 830508231-8

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE "COTECNTOR"

CERTIFICA LA PARTICIPACIÓN DE:

IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No **57.271.404,** expedida en Fundación, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE**, programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL.**

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición

Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 01 de agosto 2024.

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación F01R01mdgu19
Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales.

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D. del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.
Nit. 830508231-8

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE
"COTECNTOR"

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE:

IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA identificada con la cedula de ciudadanía **No 57.271.404** expedida en Fundación, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIO DE SALUD,** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL.**

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición

Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 16 de agosto 2022.

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación F01R22PR8B
Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales.

Dr Francisco Vicent Pacheco

Medico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo Licencia en SST 0969/2018 SDS Magdalena

Direccion: Avenida libertador Calle 14#25-37 Inferior 1 Tel

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Tipo de certificacion	Ingreso	[redacted]	post incapacidad		Rehubicacion		
	Periodico		Caso Ocupacional		Ingreso SVE		
	Retiro		Control		Trabajo en Alturas		

DATOS DEL PACIENTE

FECHA:	27/09/2023	**CARGO:**	AUXILIAR ENFERMERIA		
EMPRESA CLIENTE :	PARTICULAR	**NOMBRE Y APELLIDO:**	IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDAEL		
Numero de Identidad:	CC 57271404	**Edad**	39	**Genero:**	F [redacted] M
Direccion	manz 2 apto 13 Simon Bolivar	**Escolaridad**	TECNICO		
Telefono	3018205406	**EPS**	FAMISANAR		

PARACLINICOS PRACTICADOS

PESO 84 KG; TALLA 1,53 MT

CONCEPTO

APTO, SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES PARA EL TRABAJADOR

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE; HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES
PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 10 MINUTO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES AL INGRESAR A LA EMPRESA

DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: ANTES DE INGRESAR A LA EMPRESA DIARIAMENTE DEBE LLENAR LA ENCUESTA (DIGITAL O FÍSICA) DE SIGNOS O MALESTAR SUGESTIVO DE COVID 19, REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA Y DISTANCIAMIENTO DE 2 METROS DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO

MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD APLICADO DURANTE LA CONSULTA

PARA LA ATENCION SE APLICARON TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SE REALIZA ENCUESTA TEST COVID 19, SE TIENEN EN CUENTA EL DECRETO 1297 DEL 2020 DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y LA RESOLUCION 222 DEL 2021 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL RESPECTO A LAS MEDIDAS GENERALES Y LAS ESPECIFICADAS PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE Y/O CON PATOLOGÍAS FRENTE AL COVID 19 RESOLUCION 1155 DE 2020 - RESOLUCION 777 DE 2021

RESTRICCIONES LABORALES

NO TIENE RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA AL QUE SE DEBE INCLUIR EL TRABAJOOR

VISUAL		AUDITIVO	
RESPIRATORIO		CARDIOVASCULAR	
PSICOSOCIAL		ERGONOMICO	
OTRO		NUTRICIONAL	

REMISION

SI		NO	X
ARL		EPS	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al consultorio medico del Dr Francisco Vicent, para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y al resultado del informe medico ocupacional de aptitud

Dr Francisco Vicent Pacheco
Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo
RM 12552709
Licencia en seguridad y salud en el trabajo 0969/2018

Trabajador
Cedula
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Powered by CamScanner

Hospital San Rafael E.S.E.

CL2022HSR01135

Para verificación cite los siguientes datos
Certificado No.: CL2022HSR01135
Fecha: 2023-07-05 15:27:00

LA SUSCRITA RESPONSABLE DEL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN MAGDALENA

CERTIFICA:

Que, una vez revisada la base de datos de la presente entidad, se pudo evidenciar que la señora **IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA** identificada con la Cedula de Ciudadanía No. **57271404**, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios con esta entidad:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
0401-2016	2016-07-01	2016-08-31	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES Y LAVADO DE DOTACION DEL AREA QUIRURGICA Y HOSPITALARIA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION.
0542-2016	2016-09-01	2016-10-31	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES Y LAVADO DE DOTACION DEL AREA QUIRURGICA Y HOSPITALARIA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION.
0619-2016	2016-11-01	2016-11-30	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES Y LAVADO DE DOTACION DEL AREA QUIRURGICA Y HOSPITALARIA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION.
0800-2016	2016-12-01	2016-12-31	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES Y LAVADO DE DOTACION DEL AREA QUIRURGICA Y HOSPITALARIA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION
0116-2016	2017-01-01	2017-03-31	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES Y LAVADO DE DOTACION DEL AREA QUIRURGICA Y HOSPITALARIA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
0265-2017	2017-04-01	2017-06-30	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES Y LAVADO DE DOTACION DEL AREA QUIRURGICA Y HOSPITALARIA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION.
0366-2017	2017-07-01	2017-09-30	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES Y LAVADO DE DOTACION DEL AREA QUIRURGICA Y HOSPITALARIA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION.
0544-2017	2017-10-02	2017-12-31	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES Y LAVADO DE DOTACION DEL AREA QUIRURGICA Y HOSPITALARIA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION.
0092-2018	2018-01-02	2018-06-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y VACUNACION PARA LA ATENCION DE AMBULATORIA Y HOSPITALARIA, REMISION DE PACIENTES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0234-2018	2018-07-01	2018-09-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0415-2018	2018-10-01	2018-12-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0029-2019	2019-01-02	2019-01-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
0220-2019	2019-02-01	2019-03-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0390-2019	2019-04-01	2019-05-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0613-2019	2019-06-01	2019-10-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0926-2019	2019-11-01	2019-12-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0017-2020	2020-01-02	2020-04-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0305-2020	2020-05-02	2020-05-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0515-2020	2020-06-01	2020-06-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0877-2020	2020-07-01	2020-07-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL AREA DE COVID-19 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
1093-2020	2020-08-01	2020-08-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL AREA DE AISLAMIENTO (COVID-19) DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
1230-2020	2020-09-01	2020-09-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
1388-2020	2020-10-01	2020-12-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0098-2021	2021-01-02	2021-01-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0439-2021	2021-02-01	2021-02-28	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0780-2021	2021-03-01	2021-03-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
1085-2021	2021-04-01	2021-04-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
1337-2021	2021-05-03	2021-07-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
1636-2021	2021-08-01	2021-09-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
1982-2021	2021-10-01	2021-10-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION.
2269-2021	2021-11-02	2021-12-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.
0090-2022	2022-01-03	2022-01-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION
0348-2022	2022-02-01	2022-04-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION
0619-2022	2022-05-01	2022-06-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
0915-2022	2022-07-01	2022-08-15	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION
1120-2022	2022-08-16	2022-11-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
1502-2022	2022-12-01	2022-12-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
0064-2023	2023-01-01	2023-03-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
0506-2023	2023-04-04	2023-04-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
0612-2023	2023-05-01	2023-05-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
0923-2023	2023-06-01	2023-06-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado en Fundación - Magdalena el día (05) del mes de Julio de 2023.

Atentamente,

HOSPITAL D/TAL SAN RAFAEL E.S.E
TALENTO HUMANO

PAOLA ORTEGA MORALES
Responsable Talento Humano
th@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

Elaboró: Estefany Alfonso

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

Certificado de vacunación

Nombres: Irene

Apellidos: Santodomingo Contreras

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PPT

No. 52[illegible]4[illegible]

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 07 Año 1984

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10-3-21	Sinovac	02102010	Hospital San Rafael	Lourdes Silva	3[illegible]
	2	20-5-21	Sinovac	02102045	Hospital San Rafael	Libey Lara	5[illegible]

PAI

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

GOBIERNO DE COLOMBIA MINSALUD

NOMBRE: Irene Santodomingo Miranda NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 57271404

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR
		DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY	
Influenza estacional Mujeres gestantes a partir de la semana 14	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Tétanos, difteria reducida, B. pertussis acelular (TdaP) Mujeres gestantes a partir de la semana 26	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Toxoide tetánico y diftérico (Td)	Primera dosis	28	7	2020	2338X004AE	Serum	FUNDACION E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL	28	8	2020	alchel concepcion carrizo valencia
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Refuerzo 1										
	Refuerzo 2										
	Refuerzo 3										
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
Rabia Humana	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
Suero antirrábico	Primera dosis										
	Adicional										
DPT Acelular	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Primer Refuerzo										
	Segundo Refuerzo										
Fiebre Amarilla	Única	1	4	2017	167VFC032Z	Biomed guinhos Fiebre	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	1	4	2027	alchel concepcion carrizo valencia
Fiebre tifoidea	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis A	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis B	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Refuerzo										
	Adicional										
Influenza estacional	Primera	30	10	2018	R3E541V	Sanofi Pasteur	FUNDACION E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL	30	10	2019	alchel concepcion carrizo valencia
	Dosis anual	21	5	2020	V50220006	Green Cross	FUNDACION E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL	21	5	2021	alchel concepcion carrizo valencia
	Dosis anual										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
Anti tuberculosis (BCG)	Unica										
Triple viral	Unica										
	Refuerzo										
Sarampión y Rubéola	Primera dosis										
	Refuerzo										
Meningococo Conjugado	Primera										
	Segunda										
Meningococo Polisacárido	Unica										
Neumo Conjugado	Unica										
Neumococo Polisacárido	Primera dosis										
	Refuerzo										
Herpes zoster	Unica										
Colera	Unica										

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-02-24 14:03

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
IRENE	DEL CARMEN	SANTODOMINGO	MIRANDA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57271404

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

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	HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Dirección	[" CALLE 16 - 5A 46 BARRIO SAN BERNARDO"]

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
TOTAL	$18.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

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]

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA identificado(a) con CC 57271404 seencuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/11/2019
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN LE INTERESE, a los 22 días del mes Octubre del 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.271.404**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **IRENE DEL CARMEN SANTODOMINGO MIRANDA** identificado con **CC** No. **57271404**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL SAN RAFAEL - NI. 891780008	**Fecha de inicio de cobertura:** 04/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 03/08/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 4

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401020587848.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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 57271404 **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 25/09/2024 11:42 PM

Código Verificación: **3WXPVGY8CS**

Válida hasta: **25/12/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que IRENE SANTADOMINGO MIRANDA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 57.271.404 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 326324662, abierta/o desde el 10/12/2018.

Se expide en Bogotá el día 29 del mes de Abril del año 2024 con destino a: A QUIEN LE INTERESE



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO