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

Cancelar

Rechazar contrato | Aceptar | >

VER CONTRATO

Documentos del contrato

#Documento	Nombre del documento	Detalle	Solicitud de confidencialidad	Confidencial	
Cedula de Ciudadanía	Cedula de Ciudadanía margui.pdf	Detalle		-	Opciones
Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE - Mes Actual)	Certificado_afiliacion (1).pdf	Detalle		-	Opciones
Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE - Mes Actual)	sanitas margui.pdf	Detalle		-	Opciones
Certificación de curso de Estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral (IAMII). (Todo el Personal Asistencial)	iami margui.pdf	Detalle		-	Opciones
Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.	REDAM.pdf	Detalle		-	Opciones
Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS. (Todo el Personal Asistencial)	Manejo Integral en la Unidad de Cuidado Intensivos UCI Neonatal .pdf	Detalle		-	Opciones
Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos..pdf	Detalle		-	Opciones
Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados).pdf	Detalle		-	Opciones
Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Todo el Personal Asistencial).	violencia sexual.pdf	Detalle		-	Opciones
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)	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013).pdf	Detalle		-	Opciones
Formato Consentimiento Informado - Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://www.hujmb.gov.co/informacion-adicional/formato-de-consentimiento-informado	Consentimiento Informado MC.pdf	Detalle		-	Opciones
Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013	declaracion margui.pdf	Detalle		-	Opciones
Formato SARLAFT - Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	***Sin documento***			-	Anexar documentos
Hoja de Vida Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	hoja de vida margui.pdf	Detalle		-	Opciones
Propuesta de Servicios (Mes Actual)	Propuesta margui.pdf	Detalle		-	Opciones
Registro Proveedores - Persona Natural - Disponible en: https://siji.hujmb.com/proveedores/pnatural.php	proveedores margui.pdf	Detalle		-	Opciones
Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial).pdf	Detalle		-	Opciones
RETHUS (Personal Asistencial en general)	ReTHUS.pdf	Detalle		-	Opciones
RUT - Registro Único Tributario (Año 2024)	RUT MARGUI.pdf	Detalle		-	Opciones
Soporte de experiencia laboral.	Soporte de experiencia laboral..pdf	Detalle		-	Opciones
Tarjeta Profesional	Tarjeta Profesional.pdf	Detalle		-	Opciones
Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	Vacunas (HEPATITIS B).pdf	Detalle		-	Opciones

Fecha limite de entrega de documentos: -

Fecha real de entrega de documentos: -

Cancelar

Rechazar contrato | Aceptar | >

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **57.429.493**

CABAS SANCHEZ

APELLIDOS

MARGARITA DE JESUS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1970**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-DIC-1988 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2100100-00880677-F-0057429493-20170202 **0053431749A 2** 4694275244

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57429493,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de diciembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Margarita De Jesus Cabas Sanchez, identificado(a) con CC número 57429493, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57429493
NOMBRES Y APELLIDOS	Margarita De Jesus Cabas Sanchez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	17/10/1970
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	64 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/10/2019
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 57429493 MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ Desde 01/10/2020 - Vigente N.I.T. 860029924
UNIVERSIDADCOOPERATIVA DE COLOMBIA Desde 17/09/2024 - Vigente N.I.T. 900520510 CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S. Desde 24/08/2024 - Vigente N.I.T. 860029924
UNIVERSIDADCOOPERATIVA DE COLOMBIA Desde 11/04/2024 Hasta 15/07/2024N.I.T. 860029924
UNIVERSIDADCOOPERATIVA DE COLOMBIA Desde 25/08/2023 Hasta 09/12/2023

Generado por interfaces 20/12/2024

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Margarita De Jesus Cabas Sanchez, identificado(a) con CC número 57429493, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces 20/12/2024

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

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 57429493 **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 08/12/2024 05:16 PM

Código Verificación: **9GFWQ7P83X**

Válida hasta: **08/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **MARGARITA DE JESUS CABAS SÁNCHEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número **57.429.493,**no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, el día veinte (20) del mes de octubre del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOTA: Si requiere el documento para trámite de apostilla debe solicitarlo en físico, para que sea firmado a mano alzada.

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Margarita de Jesus Cabas Sanchez

CC 57429493 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Manejo Integral en la Unidad de Cuidado Intensivos UCI Neonatal. con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-05
Fecha de vencimiento: 2026-08-05

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

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ

C.C. 57.429.493

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA – SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado **del día 1 al 4 de Mayo de 2023.**
con una intensidad académica de **48 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 Y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ

C.C. 57.429.493

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA – SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado **del día 1 al 4 de Mayo de 2023.**
con una intensidad académica de **48 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 Y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ

C.C. 57.429.493

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA - SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Realizado **del día 1 al 4 de Mayo de 2023.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Margarita de Jesus Cabas Sanchez

CC 57429493 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Diplomado de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo con un total de 160 Horas.

Fecha de emisión: 2024-02-07
Fecha de vencimiento: 2026-02-07

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

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Margarita de Jesus Cabas Sanchez

CC 57429493 de Santa Marta

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.

Verificación:

Fecha de emisión: 2023-06-14
Fecha de vencimiento: 2025-06-14

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

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 Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Margarita de Jesus Cabas Sanchez

CC 57429493 de Santa Marta

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: 2024-08-01
Fecha de vencimiento: 2026-08-01

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE EL (LA)

COLEGIO LA PRESENTACION
SANTA MARTA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL SEGUN
RESOLUCION No. 3399 DEL 6 DE NOVIEMBRE DE 1956
Y 3269 DEL 10 DE SEPTIEMBRE DE 1957

CONFIERE A

Margarita de Jesús Cabas Sánchez

IDENTIFICADO CON T.I. No. 57.420491 DE Santa Marta.

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTORA

Manuel Hernández Tovar
SECRETARIO

DADO EN Santa Marta A 25 DE Noviembre DE 1969

REGISTRADO AL FOLIO 210 LIBRO DE REGISTRO 2

SECRETARIA DE EDUCACION

Nº 465374

EN SANTA MARTA A 25 DE NOVIEMBRE DE 1969

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado : Programa ENFERMERIA *Código :* B-39-807-94

Otorgada a : CABAS SANCHEZ MARGARITA DE JESUS
C.C.No.57.429.493 de Santa Marta

En Barranquilla à los 25 *días del mes de* Febrero *de 1994 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Décano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras y Fonoaudiología en presencia de su cuerpo docente se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar grado académico al alumno del programa de :* ENFERMERIA.
Después de la toma de juramento el Señor Rector entregó el Diploma de: ENFERMERA

Que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORTIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA COLOMBIA HABIENDO SIDO COMPLEMENTADOS POR NUESTRO ALUMNO: CABAS SANCHEZ MARGARITA DE JESUS
TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS

LE OTORGA EL TITULO DE:

ENFERMERA

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA LA REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dió por clausurado el Acto de Grado siendo las 7:00 p.m. del día 25 de Febrero de 1994.

Eduardo Acosta Bendek
Rector

Jesús Saéz de Ibarra
Vice-Rector

ALBA LLINAS DE REYES
Director del Programa de
ENFERMERIA

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO

MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ

C.C.No. 57.429.493 de Santa Marta

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

ENFERMERA

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ASENTADO AL FOLIO 182 DEL LIBRO 26

DE REGISTRO DE DIPLOMA 9.342

25 de febrero 1994

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

En atención a que

MARGARITA DE JESÚS CABAS SÁNCHEZ

con cédula de ciudadanía No. 57.429.493 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

En testimonio de ello le expide el presente diploma
y se firma en Santa Marta el día 12 de Julio de 2013

Director(a) Sede

Rector

Secretario(a) General

Folio No. 268 Libro de Registros No. 6 Registro No. 8270 Refrendado en Santa Marta el día 12 de Julio de 2013

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 1851 del 29 de Octubre de 1971 del Ministerio de Justicia y Derecho Nacional
Resolución No. 1613 del 31 de Octubre de 1982 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 1583 del 31 de Octubre de 1982 del Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 2

PROGRAMA: ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

CÓDIGO SNIES: 4637

FECHA: 12 DE JULIO DE 2013.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ
con cédula de ciudadanía No. 57.429.493 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 7 en sesión del día 19 de Junio de 2013.

Para constancia se autorizó este título por parte del Rector, Director Académico de la Sede,
Decano de la facultad y la Secretaria General de la Universidad, así:

Rector: CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GONZÁLEZ

Director(a) Académico de la Sede: HERMES JAIME GUTIERREZ PIEDRAHITA

Decano(a) Facultad MONICA CABALLERO ZAMBRANO

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 12 DE JULIO DE 2013.

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General

UNIVERSIDAD CUAUHTÉMOC
CAMPUS AGUASCALIENTES

UNIVERSIDAD CUAUHTÉMOC
PLANTEL AGUASCALIENTES

Otorga para fines académicos a



MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ

EL **GRADO** DE

Maestría en
Ciencias de la Enfermería

Con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios del Instituto de Educación de Aguascalientes según acuerdo No. 1743 de fecha 27 de mayo de 2015, en atención a que terminó los estudios correspondientes el día 22 de abril de 2021.

FIRMA DEL ALUMNO

Aguascalientes, Ags., a 06 de noviembre de 2023.

EL RECTOR

Lic. Rogelio Martínez Briones

El presente **grado** fue expedido en favor de

MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ

quien cursó los estudios de

Maestría en Ciencias de la

y aprobó conforme a tesis
el día 03 de octubre de 2023.

Quedó registrado en el Libro No. 0
Aguascalientes, Ags., a 13 de novie

Director de Titulación

Lic. Rogelio Martínez Romo

SUBDIRECTORA DE CONTROL ESCOLAR, INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN DE AGUASCALIENTES

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
Instituto de Educación de Aguascalientes
Subdirección de Control Escolar, Incorporación y Revalidación

Mtra. Catalina Jiménez Martínez

...Aguascalientes, Ags., a los cinco días del mes de junio del año dos mil veintiuno.-
...MTRO. FLORENTINO DE JESÚS REYES BERLIÉ, SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES, con fundamento en el artículo 28 fracción XXVI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal
.....C E R T I F I C O.....
...La autenticidad de la firma de la MTRA. CATALINA JIMÉNEZ MARTÍNEZ, SUBDIRECTORA DE CONTROL ESCOLAR, INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN DE AGUASCALIENTES, que aparece en el ejemplar de su fundones, a la fecha de expedición del presente documento. DOY FE.

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

Folio: UCA174301187

El presente **grado** fue expedido en favor de

MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ

quien cursó los estudios de

Maestría en Ciencias de la Enfermería

y aprobó conforme a tesis
el día 03 de octubre de 2023.

Quedó registrado en el Libro No. 01 Foja No. 187
Aguascalientes, Ags., a 13 de noviembre de 2023.

Director de Titulación

Lic. Rogelio Martínez Romo

Folio: UCA174301187

FOLIO 32808

Apostille

S.G.Ags 1

MÉXICO

AGUASCALIENTES

CONVENTION DE LA HAYE DU 5 OCTOBRE 1961

Derechos $545.00

No. de Orden 32808/2024

En México el presente documento público ha sido firmado por :
MTRA. CATALINA JIMENEZ MARTINEZ

quien actúa en calidad de :
SUBDIRECTORIA DE CONTROL ESCOLAR, INCORPORACION Y REVALIDACION

y está revestido del sello correspondiente a:
IEA, SUBDIRECCION DE CONTROL ESCOLAR, INCORPORACION Y REVALIDACION

Certificado Por : MTRO. FLORENTINO DE JESUS REYES BERLIE, SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO

Código de validación:
9711355

Número de serie del certificado:
303030303030303030303030303034363438

AGUASCALIENTES, AGS., 12 DE julio DE 20 2024

FIRMA

SEGGOB
SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO

La presente Apostilla sólo certifica la firma del sello. No certifica el contenido del documento.

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Margarita de Jesus Cabas Sanchez

CC 57429493 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-03
Fecha de vencimiento: 2026-08-03

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**



Fecha: 05/08/2024
Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: **E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**
Nombres y Apellidos: **Margarita Cabás Sánchez**
Cedula de Ciudadanía: 57429493
Sexo: Femenina
Edad: 56 años
Estudios: Enfermera Jefe CON Post grado Magister
Labor a Desempeñar: **Enfermera Jefe UCI Neonatal**
Principales Tareas: Planear, Organizar, ejecutar y supervisar planes y procesos asistenciales y administrativos del servicio de enfermería, para Velar por el cuidado y recuperación de los pacientes; trabajando en equipo, mostrando liderazgo y empatía**.** Y otras asignadas por la Dirección.
Celular: 3016427747

Examen Medico Ocupacional:

- ✓ **Osteomuscular:** Arcos de Movilidad sin limitaciones
- ✓ **Estimación Visual y Auditiva:** en Rango Normalidad
- ✓ **Aptitup al desempeño Laboral:** Positiva

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa valoración de datos clínicos y examen Médico normal, se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal, según los factores biomecánicos, sIcolaborales, Bioseguridad y otros implícitos en el programa de SG-SST y en el Profesoionaligrama, Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias

Recomendaciones:

- ✓ Hábitos de Estilo de Vida Saludable
- ✓ Higiene postural y de carga-Pausas Saludables
- ✓ Control Anual Optometría en su EPS
- ✓ Uso de EPP
- ✓ 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.



SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE
Médico Esp Salud Ocupacional
R.M 0556 S.S.M -Lic. S.O. 1301 S.S.M

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos — Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163901-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 Distintivo 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 Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección:AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Telefono(s):4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico:saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

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

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno MinSalud_PS:140030155

Versión 3.0.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC19F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 11/12/2024 PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) **MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ**, identificado con C.C./C.E./P.P No. **57.429.493**, Expedida en **SANTA MARTA – MAGDALENA**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses apartir 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 **Diciembre** de 2024.

Firma: _____

Nombre: **MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ.**

Cédula: **57.429.463**

COPIA CONTROLADA

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	2024-04-22 01:03

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SINDY	YOHANA	AREVALO	GALAN

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1083461466

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	CIÉNAGA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	CIÉNAGA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$58.713.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$58.713.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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	CARRERA 14 No 23-42	1/01/2020

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ	Sexo			
		M		F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		TJ		R.C		PP	57.429.463	SANTA MARTA	29/DIC/1988

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	milia	Rural	Urbano
			X					X	1			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
17	OCT	1970	SANTA MARTA	CRA 16 ·23-40	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
marcasanurse@yahoo.com	3014512173	3014512173

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado		8	6	9	2

	Descripción del CIIU
ENFERMERA	8692

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
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23 - 42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $3.100.000.oo			Total Egresos mensules $3.100.000.oo					
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos:			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X	

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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

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: ARRENDAMIENTO DE SOFWARE DE HISTORIAS CLINICAS Y MANTENIMIENTO Y ASESORIAS EN SISTEMAS A IPS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA 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. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

CC: 57429493
de Sta/10-



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

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*
Cabas	Sanchez	Margarita de Jesus

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57429493	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES 10 AÑO 1970

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 16 23 40 barrio los alcazares

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3016427747 EMAIL marcasanurse@yahoo.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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	05	2013	
POSTGRADO	4	X		DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACION	04	2023	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	12	1993	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*
INGLÉS	X				X			X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3016427747	*Día*	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
2025 2014 ENFERMERA ESPECIALIZ	CUIDADO CRITICO NEONATAL	CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
EENFERMERA JEFE	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	CARRERA 14 23 42

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PERFECT BODY MEDICAL CENTER			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4237101	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	15	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 15 110 barrio jardin					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	05	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE (CEHOCA)			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4209981	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR	*DEPENDENCIA* COORDINACION DE CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CALLE 22 15 110					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD : FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4230000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año*	2007	*Día*	20	*Mes*	05	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL 4480 2014 ENFERMERA ESPECIALIZ	*DEPENDENCIA* AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 null null VIA AL RODADERO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAFESALUD - CLINICA ESIMED			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4230000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	11	*Año*	2006	*Día*	29	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CALLE 14 24 107					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL - CIENAGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* CIÉNAGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4209697	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	09	*Año*	2004	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA DE SERVICIOS HOSPITALARIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 5A 21 null ESQUINA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAR CARIBE COLSALUD S.A			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4206465	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	04	*Año*	2004	*Día*	05	*Mes*	10	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DE	*DEPENDENCIA* AREA CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 22 null null carrera 19 esquina					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA CHICAMOCHA S.A			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6929992	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	03	*Año*	2001	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CALLE 40 27A 22					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD : FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6399292	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	12	*Año*	1997	*Día*	16	*Mes*	01	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 115A null null municipio de florida blanca					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - BUCARAMANGA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 6978500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	08	*Mes:*	09	*Año:* 1998	*Día:*	17	*Mes:*	08	*Año:*	2000
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 27 - CABECERA DEL LLANO					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 4368060	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	06	*Mes:*	10	*Año:* 2009	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* ANILLO VIAL - TRONCAL DEL CARIBE					

7 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	6	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	23	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	17	1

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **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, Santa Marta, Diciembre de 2024.

CC: 57429493
de Santa

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101071453	0

TOMADOR	**SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE**			NIT	**860.020.082-1**
DIRECCION	**CARRERA 15 A NO. 120 - 74**	CIUDAD	**BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT**	TELEFONO	**6196077**
ASEGURADO	**MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ**			CC	**57.429.493**
DIRECCION	**Cra. 16 # 23-40**	CIUDAD	**SANTA MARTA, MAGDALENA**	TELEFONO	**3016427747**
BENEFICIARIO	**TERCEROS AFECTADOS**			NIT	**0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
12 / 12 / 2024	**11 / 12 / 2024**	**11 / 12 / 2025**	**11 / 12 / 2024**	**11 / 12 / 2025**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
GASTOS DE DEFENSA		**$ 0.00**		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			**$ 60,000,000.00**

DEDUCIBLES: º 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

PERJUICIO PATRIMONIAL		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 300,000,000.00**
		$ 300,000,000.00

DEDUCIBLES: º 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ **********179,538.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********34,112.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********213,651.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11021103205945(3900)000000213651(96)20251211

REFERENCIA PAGO:
1102110320594-5

62-03-101071453

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

CLARASANABRIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101071453	0

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CARRERA 15 A NO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ			CC	57.429.493
DIRECCION	Cra. 16 # 23-40	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3016427747
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR/ASEGURADO:SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION/MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ

No. DE IDENTIFICACION:860.020.082-1/57429493

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:DESDE LAS 24 HORAS DEL 11/12/2024 HASTA LAS 24 HORAS DEL 11/12/2025

UBICACION CONSULTORIO:NO

SINIESTRALIDAD:NO

BASE DE
COBERTURA: OCURRENCIA - Siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CONDICIONADO
GENERAL:FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I
En adicin a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01

LIMITE ASEGURADO:$ 300.000.000

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad e incluira todos los gastos de defensa (incluyendo las fianzas, cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia. La suma asegurada sera aplicable a toda y cada perdida o serie de perdidas provenientes de un solo evento o una serie de eventos, sin importar el numero de eventos o reclamantes, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion.

ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA:ENFERMERA JEFE/PROFESIONAL

COBERTURAS:
1.AMPARO BASICO:

1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que, de acuerdo con la ley, incurra el asegurado derivada de la actividad profesional de la salud (actos en desarrollo de la actividad profesional de la salud asegurada) descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite o sublimites de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.

Se precisa que se cubre la responsabilidad civil profesional individual que surja a consecuencia de actos erroneos (ver seccion III definiciones generales), cometidos de manera involuntaria por el profesional y/o auxiliar de la salud asegurado, en el ejercicio de la actividad de la salud descrita en la pliza.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa previa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

PARAGAFO: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extrapatrimoniales derivados de actos erroneos (ver definicion seccion III), cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101071453	0

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CARRERA 15 A NO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ			CC	57.429.493
DIRECCION	Cra. 16 # 23-40	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3016427747
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2GASTOS DE DEFENSA:
SEGURESTADO indemnizara al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado previsto en la poliza, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacion que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los terminos de este seguro.

En adicion a lo anterior, los gastos de defensa seran reconocidos siempre y cuando:

1.2.1 Los hechos por los que se demanda o se reclama ocurran durante la vigencia de la poliza y hayan sido causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares del presente contrato de seguro.

1.2.2 SEGURESTADO reconocera como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la poliza, previa aplicacion del deducible indicado en la caratula de la misma. Tales honorarios deberan ser consultados por escrito previamente a SEGURESTADO, de manera que los mismos se ajusten a las condiciones del mercado y las tarifas que manejen de manera general los colegios de abogados existentes en Colombia.

1.2.3 En los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagaran por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso. Para todos los procesos judiciales y administrativos, si el asegurado es condenado por razon de una conducta dolosa, debera restituir a SEGURESTADO los costos y gastos de defensa que se hubieren reconocido.

2.EXTENSIONES COBERTURA BASICA
Con sujecion a los terminos y condiciones de este seguro, la cobertura basica se extiende a cubrir los perjuicios ocasionados a pacientes del ASEGURADO y/o terceros, a consecuencia de:

2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este.

No obstante, lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo II de este condicionado.

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO: 100% del limite asegurado por evento y vigencia
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS; 100% del limite asegurado por evento y vigencia
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% del limite asegurado por evento y vigencia
GASTOS DE DEFENSA: EVENTO: $15.000.000
VIGENCIA: $60.000.000

DEDUCIBLES:10% de la perdida - minimo 1SMMLV

PRIMA VIGENCIA
(IVA INCLUIDO):$ 213.651

EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos, daños y/o perjuicios consistentes en, originados por, consecuencia de, o generados de manera directa o indirecta por:

1.Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento del nacimiento o hasta dos (2 años) despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101071453	0

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CARRERA 15 A NO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ			CC	57.429.493
DIRECCION	Cra. 16 # 23-40	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3016427747
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.

3.Responsabilidad de otros profesionales de la salud o talento humano en salud, por la prestacion de sus servicios en el consultorio o en los predios del asegurado.

4.Perjuicios causados por la prestacion de servicios de salud por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o actividad de la salud o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.

5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcoholicas, intoxicantes, alucinogenas o narcoticas.

6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -Invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

8.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos y no quirurgicos de tipo estetico y/o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.

9.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.

10.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.

Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:
I-Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.

II-Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.

III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.

IV-Cuando la voluntad de la mujer sea la interrupcion del embarazo (IVE) hasta las 24 semanas de gestacion, sin aducir causal especifica.

11.Responsabilidad civil profesional por emision de dictamenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente.

12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo vih (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, sanciones de caracter administrativo o daños punitivos.

14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.

Esta exclusion no aplica cuando el profesional o talento humano de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.

15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.

16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de la salud acreditados para este fin.

17.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

18.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencin al paciente no justificada de acuerdo con la ley.

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101071453	0

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CARRERA 15 A NO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ			CC	57.429.493
DIRECCION	Cra. 16 # 23-40	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3016427747
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

En caso de abandono y/o negativa de atencion justificada conforme a la ley, SEGURESTADO respaldara al asegurado unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

19.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos o perjuicios por el suministro de drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.

20.Violacion del secreto profesional.

21.Perdidas ocasionadas por una falla en el reconocimiento electronico de fechas y horas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardo o defectuoso de pactos o convenios que vayan ms alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

23.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

24.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.

25.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.

26.Actos medicos indirectos, y los denominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia.

27.Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

28.Filtraciones contaminantes o residuos patologicos, incluyendo los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.

29.Daños originados o relacionados con organismos patogenos, conforme su definicion medico - cientifica.

30.Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acusticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. En todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.

31.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestacion de servicios con una institucion prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC, que tenga habilitados dichos servicios por la autoridad competente en Colombia.

32.Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.

33.Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

34.Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.

35.Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier entidad, cuando los perjuicios que se le reclaman provengan de dicha actividad como miembro de junta directiva

36.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:

I-Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasion, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones belicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelion, revolucion, insurreccion, o conmocion civil alcanzando la proporcion de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.

II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

37.Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101071453	0

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CARRERA 15 A NO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ			CC	57.429.493
DIRECCION	Cra. 16 # 23-40	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3016427747
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

38.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:

I-La accion de energia atomica.

II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.

III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

39.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su caracter de funcionario o servidor publico segun lo define la ley. En todo caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.

40.Responsabilidad civil profesional o por actividades netamente administrativas.

41.La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.

42.El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

43.Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

44.La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subito e imprevisto.

45.El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego.

46.Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.

47.El incumplimiento de obligaciones contractuales, asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales. Sin perjuicio de ello, se aclara que la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud se encuentra amparada.

48.Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.

49.Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico quirurgico o realizacion del procedimiento sin las autorizaciones exigidas en la normatividad aplicable.

50.Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.

51.Reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos y/o materiales cuando no se hayan realizado los mantenimientos, control sobre el uso y medidas de seguridad a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o proveedor del equipo.

52.Cuando el asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.

53.El incumplimiento de las disposiciones y requisitos vigentes en materia de telemedicina y telesalud.

54.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.

55.Perjuicios derivados de actos medicos cometidos fuera de la republica de Colombia.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

56.Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.
57.Procedimientos sin la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101071453	0

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CARRERA 15 A NO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ			CC	57.429.493
DIRECCION	Cra. 16 # 23-40	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3016427747
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

b) El (os) Medico(s) tratante(s) y
c) La Enfermera asistente o un testigo
58.El Asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.
59.Se excluyen las reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucion No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 y los demas que lo reglamenten y/o lo modifiquen.
60.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.
61.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.
62.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.
63.No tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.
64.EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: El seguro provisto por este acuerdo no se aplica a perdidas o gastos que surjan o contribuyan a uno o mas de los siguientes casos:
1. Perdida, alteracion o daño a, corrupcion o reduccion de la funcionalidad, disponibilidad u operacion de cualquier computadora, sistema informatico, sitio web o cualquier otro sistema electronico de datos, hardware, proceso, programa, software, datos, deposito de informacion, microchip, circuito integrado o dispositivo similar en equipos informaticos o no informaticos, ya sea propiedad del asegurado en la poliza del reasegurado o no;
2. Cualquier acceso o divulgacion de informacion confidencial, personal, de propiedad u otra informacion no publica de cualquier persona u organizacion en cualquier forma registrable, incluidos, entre otros, los gastos asociados con la notificacion, reparacion, mitigacion o prevencion de una violacion de seguridad; o,
3. Amenazas de extorsion, fraude y robo que involucren cualquier computadora, sistema informatico, software, proceso o programa informatico, sitio web o cualquier otro sistema de datos electronicos o cualquier informacion confidencial, personal, privada u otra informacion no publica.
65. Exclusion de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: SEGURESTADO no sera responsable de realizar ningun pago por Perdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:
1.el hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:
a.un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
b.la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o
2.el incumplimiento del Asegurado de seguir un plan de gestion de crisis que aborde los pasos mencionados en (i) arriba; o
3.El Asegurado real o presunta:
a.Falla para evaluar o revelar adecuadamente y de manera continua;
b.declaraciones falsas y engañosas en relacion con; o
c.Falla al tomar las medidas adecuadas para mitigar, El riesgo que representa una Enfermedad Transmisible para el negocio, los empleados, los proveedores, los clientes, del Asegurado o para el desempeño financiero del Asegurado.
Para propositos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:
1) Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
2) Neumonia atipica o cualquier cepa de esta;
65. Acuerdos extrajudiciales o judiciales a los que llegue el Asegurado, sin la autorizacion previa de SEGURESTADO.

AMBITO TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION APLICABLE:Colombiana

CONDICIONES
ADICIONALES:
FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.
CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: Cuando el tomador y/o asegurado contrate polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.
No renovacion tacita o automatica: la poliza no sera renovada automaticamente, sino que, para efectos de su renovacion, el asegurado debera solicitar la renovacion con 30 dias calendario de anticipacion al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGURESTADO presentara los terminos y condiciones de acuerdo con la evaluacion del riesgo que se efectue.
No se otorga restablecimiento del valor asegurado.
La presente poliza se expide como global para la actividad del cliente, bajo vigencias anualizadas, podra ser renovada o revocada, pero no se podran realizar movimientos de prorroga.
Terminos y Condiciones sujeto a confirmacion escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los ultimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo peticion y/o secuestro de Historias Clinicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.
S.C.A.R.E sin costo alguno y bajo su propia responsabilidad, asumira la asistencia y defensa juridica por reclamaciones judiciales y extrajudiciales a traves de su equipo juridico del profesional de la salud asegurado bajo esta poliza, si asi lo consiente el profesional de la salud, siempre que el hecho por el cual se reclama haya ocurrido durante la vigencia de la poliza, lo anterior en un todo bajo el reglamento FEPASDE.

Santa Marta – Magdalena, Diciembre 30 de 2024

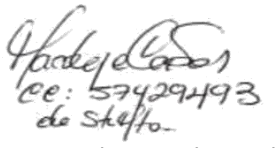
Doctora
NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
Ciudad

REF.: PROPUESTA LABORAL

Yo: **MARGARITA CABAS SANCHEZ**; Identificada con C.C. N°: **57.429.493**, Domiciliada en la ciudad de Santa Marta, en la carrera 16 N° 23-40, portadora del celular N°: 3016427747 y con email: marcasanurse@yahoo.com, Por medio de la presente me permito presentar propuesta laboral, con el fin de que sea tenida en cuenta ofreciendo los servicios como **ENFERMERA** en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la **E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche**.

Agradezco de antemano la atención prestada, espero que la presente propuesta sea de su total satisfacción.

Cordialmente,



MARGARITA CABAS SANCHEZ
C.C. N°: 57.429.493

Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

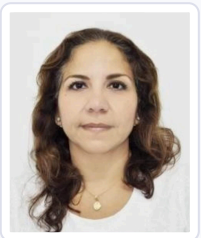
¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	57429493	SANTA MARTA	2024/08/07	27/12/2024, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CABAS	SANCHEZ	MARGARITA	DEJESUS	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	O+	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2024/08/07	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 16 NRO 23-40	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3016427747	3016427747	marcasanurse@yahoo.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	COLEGIO EL DIVINO NIÑO

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	COLEGIO LA PRESENTACION

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERSIDAD METROPOLITANA	1994

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
SANTA MARTA	UCC/ UNIVERSIDAD DE CUAUHTE	ESP EN EPIDEMIOLOGIA / MG EN C

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
FCV, BUCARAMANGA, FCV SANTA MARTA,C	ENFERMERA JEFE / DOC	1997/12/01	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
SOFIA BRAVO	3003656195	Hija
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
JILL MENDOZA	3016848481	Prima

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
MARGARITA.CABAS	MARGARITA CABAS		@MARGARITA CABAS

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Colpensiones	Positiva

☐ Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

☐ EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 0076 DE 19___

EL DIRECTOR DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1.994 Y,

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

Que MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ, C. C. No. 57'429.493 De Santa Marta, Magd.), ha solicitado el Registro de su TITULO De ENFERMERA.

Que le otorgó LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA.

El 25 de Febrero de 1.994.

Que dicho Título se encuentra debidamente Registrado en la Secretaría de Educación del Atlántico.

Al Folio 382 Del Libro 76 el 24 de Junio de 1.995.

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, en el Servicio Seccional de Salud del Magdalena, en la Plaza correspondiente al Centro de Salud de Pueblo Viejo, como sede y localidad dependiente de Tasajera.

Departamento del Magdalena, durante el tiempo comprendido entre el 1o de Septiembre de 1.994, al 15 de Septiembre de 1.995.

R E S U E L V E :

ARTICULO UNICO : Autorizar a MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ, para poder ejercer la Profesión de ENFERMERA, en todo el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE :

Dada en Santa Marta, a los 12 ENE 1996

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA DIRECTOR

MANUEL FCO. VIVES PEREZ
Director Servisalud del Magd.

Servicio Seccional de Salud Magdalena Control Medicamentos, Alimentos y Toxicología JEFE DE SECCION

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

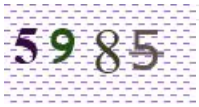
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 57429493

Primer Nombre: margarita

Primer Apellido: cabas

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1214

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-10-29→8:24:14 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57429493	MARGARITA	DE JESUS	CABAS	SANCHEZ	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) MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ identificado(a) con CC 57429493 registra La siguiente información:

2024-10-29→8:24:14 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2004-07-13		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	ENFERMERIA	1996-01-18	76	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	2013-07-12	57429493	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|CIÉNAGA	1994-09-10	1995-09-15	Programa de Salud Pública	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14966878083

(415)7707212489984(8020) 000001496687808 3

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 7 4 2 9 4 9 3	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CABAS	SANCHEZ	MARGARITA	DE JESUS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 16 23 40 BRR ALCAZARES

42. Correo electrónico: marcasanurse@yahoo.com

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

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
8 6 9 2	2 0 0 7 0 6 2 6							

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	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2023 - 12 - 11 / 11 : 12: 07

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 CABAS SANCHEZ MARGARITA DE JESUS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **57.429.493** expedida en Santa Marta (Magdalena), presta los servicios profesionales como **ENFERMERA** en la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE". Desde el 13 de Mayo de 2019, mediante la modalidad de contratos de prestación de servicios, con una consignación mensual de DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000).

VIGILADO Supersalud

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los catorce (14) días del mes de julio de 2023.

JARID YESID THOMAS PADILLA.
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD E. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

CERTIFICACION LABORAL

La Universidad Coop. de Colombia certifica que el trabajador(a) MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 57429493 de Santa Marta, registra la siguiente información en nuestra base de datos, relacionada con su(s) contrato(s):

Tipo Contrato	Estado	Fecha Inicio	Fecha Fin	Dependencia	Cargo	Salario/Honorarios
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Vigente	1-ago-23	9-dic-23	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRÁTICO ESPECIALISTA	$50.184,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	13-feb-23	13-jun-23	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRÁTICO ESPECIALISTA	$50.184,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	5-sep-22	10-dic-22	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRÁTICO ESPECIALISTA	$43.262,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	4-abr-22	9-jul-22	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRÁTICO ESPECIALISTA	$43.262,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	27-sep-21	17-dic-21	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRÁTICO ESPECIALISTA	$39.304,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	5-abr-21	24-jul-21	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRÁTICO ESPECIALISTA	$39.304,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	1-dic-20	20-feb-21	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRÁTICO ESPECIALISTA	$39.304,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	3-feb-20	15-jun-20	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRÁTICO ESPECIALISTA	$37.975,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	1-ago-19	7-dic-19	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRÁTICO ESPECIALISTA	$36.167,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	4-feb-19	21-jun-19	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRÁTICO ESPECIALISTA	$36.167,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	1-ago-18	7-dic-18	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRÁTICO ESPECIALISTA	$34.445,00
	Finalizado	5-feb-18	22-jun-18	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRATICO	$34.445,00
	Finalizado	1-ago-17	11-dic-17	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRATICO	$32.526,00
	Finalizado	1-feb-17	14-jun-17	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRATICO	$32.526,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	1-ago-16	10-dic-16	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRATICO	$30.398,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	1-feb-16	11-jun-16	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRATICO	$30.398,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	3-ago-15	12-dic-15	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRATICO	$28.387,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	2-feb-15	13-jun-15	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRATICO	$28.387,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	28-jul-14	29-nov-14	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRATICO	$22.353,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	27-ene-14	7-jun-14	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRATICO	$22.353,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	1-ago-13	16-nov-13	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR CATEDRATICO	$21.391,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	20-sep-12	22-oct-12	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR MEDIO TIEMPO	$934.830,00
TERMINO FIJO INFERIOR 1 AÑO	Finalizado	23-ene-12	6-jun-12	PROG DE ENFERMERÍA	PROFESOR MEDIO TIEMPO	$1.144.069,00

El presente certificado se expide a solicitud del Interesado el día 02 de agosto de 2023.

S• øs ¥4nrta D.T.C.H.. INi de œøo Æ20żl

Perfect Body Medical Center Ltda., identificado con NIT 900.223.667-4, certifica que **MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía **57.429.493** de Santa Marta, laboró con esta entidad en el cargo de **Jefe de Enfermería**, con modalidad de contrato a término fijo inferior a un año, desde el 14-11-2019 hasta el 31-12-

NIT. 90 . . . *.7 •

ADRIANA LIZCANO ALVAREZ
RECURSOS HUMANOS

EL SUSCRITO COORDINADOR DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO DE LA FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DEL ORIENTE COLOMBIANO HACE CONSTAR QUE:

En la presente constancia certifico que la Señorita **MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ** identificada con c.c. **57.429.493 de Santa Marta,** labora en nuestra institución desde el día 05 de Diciembre de 1997 hasta la fecha, desempeñando el cargo de Enfermera Jefe en la Unidad de Caidado Intensivo Pediatrico de la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano. Caracterizada por ser una persona colaboradora, responsable y cumplidora de su deber.

Cordialmente

ALVARO EDUARDO DURAN, M.D.
Coordinador Unidad Cuidado Intensivo Pediatrico

Floridablanca, Septiembre 11 del 2001

)PERATIVA DE COLOMBIA

Seccional Bucaramanga

1151

LA COORDINADORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA
DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Seccional Bucaramanga

HACE CONSTAR

Que la docente MARGARITA CABAS SANCHEZ identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 57.429.493 de Santa Martha, laboró en la Facultad desde Septiembre de 1998, dictando la asignatura ENFERMERÍA PEDIATRICA, con una intensidad horaria de 17 H/S, hasta la fecha.

La presente se expide a petición de la interesada a los veinti dos (22) días del mes de Agosto del 2.000.

Cordialmente,

NELLY ESPERANZA JAIMES CARVAJAL
Coordinadora
£ACULȚAO £Nfi ERøł ERłA

Carreras con Futuro, el Futuro es hoy!

FCV
FUNDACION
CARDIOVASCULAR
DE COLOMBIA

LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO Y TALENTO HUMANO DE LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

CERTIFICA:

Que la señora **MARGARITA DE JESUS CABAS**, identificada con la cédula de ciudadanía Número **57.429.493** expedida en Santa Marta, laboró en Nuestra Institución desde el dia 05 de diciembre de 1.997 hasta el dia 16 de enero del 2.003.

La señora **MARGARITA DE JESUS,** se desempeñó como Enfermera Jefe de la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico y Cirugia de la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Se expide a solicitud de la interesada, en el Municipio de Floridablanca (Santander) a los dieciseis (16) dias del mes de septiembre del 2.003.

Atentamente,

Adm. MONICA LILIAN MEDINA VARGAS
Jefe Dpto. Desarrollo y Talento Humano

mlcv

Instituto del Corazón
Calle 155 A No 23-58 Urbanización El Bosque Sector II - PBX: 6767677 Apartado Aereo 1141
Floridablanca (S.S.) Colombia

Clínica *Chicamocha* **S.A.**

LA SUSCRITA COORDINADORA DE ENFERMERIA DE LA CLINICA CHICAMOCHA S.A

CERTIFICA

Que la señora **MARGARITA CABAS SANCHEZ** Identificada con Cédula de Ciudadanía No 57.429.493 de Santa Marta, se ha desempeñado como Enfermera Profesional desde el 01 de marzo de 2001 hasta 01 de septiembre de 2003, en el campo de Enfermería Profesional y particularmente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico y Neonatal.

Su trayectoria me permite presentarla como una persona cumplidora de su deber, eficiente, colaboradora, con el mayor gusto y seguridad no vacilo en presentarla y recomendarla.

Cordialmente,

MARIA JOSE DUQUE VANEGAS
COORDINADORA DPTO DE ENFERMERIA
CLINICA CHICAMOCHA S.A

COOP ASISTENCIA CTA.

Que **MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ**, identificada con la cédula de <æaaaniä uo sz «ze.«ez «æeœs e« 9a«s ^•^ fue trabajadora Asociada de a oœ 0 zœ7 hasta el dia 20 de Mayo de gg, g, „gg,. D£ «un œ CRUS cnnàöv»cui.«rl r cœ°>**>^ = •' r"=••• " "*• '*o*^•^ * ao,n'g» ces •csmuiö ce» cŒ'*'=•'^ **<^ *^*•*

Se expide a solicitud del interesado en Floridablanca a los Veintiséis (26) días del mes de abril de 2010.

JAIMES

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos

Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

MARGARITA DE J CABAS SANCHEZ

C.C. 57.429.493

Universidad Metropolitana

Barranquilla

Fecha de Expedición Diploma: 25/02/1994

Fecha de Inscripción en Rethus: 18/01/1996

Especialista en Epidemiología

12/07/2013



22076

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

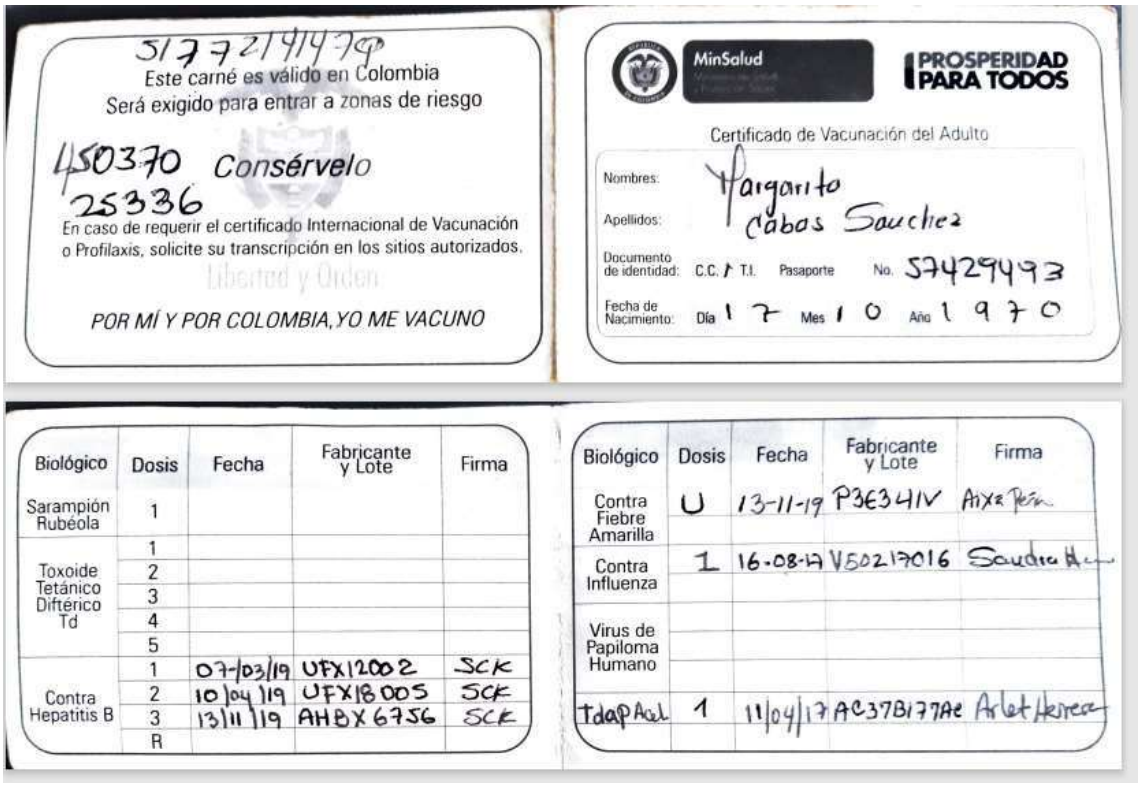
Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 065 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.



5177219479
Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

450370 Consérvelo
25336

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Margarita
Apellidos: Cabos Sanchez
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 57429493
Fecha de Nacimiento: Día 17 Mes 10 Año 1970

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	07-03-19	UFX12002	SCK
	2	10/04/19	UFX18005	SCK
	3	13/11/19	AHBX6756	SCK
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U	13-11-19	P3E341V	Aixa Pérez
Contra Influenza	1	16-08-17	V502170I6	Saudia H...
Virus de Papiloma Humano				
TdaP Acel	1	11/04/17	AC37B177Ae	Arlet Herrera