
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.045.079.991
SALGADO ORREGO
APELLIDOS
MARIA MAGDALENA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1992
VALDIVIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
26-OCT-2010 VALDIVIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
ÍNDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
A-0128600-01298289-F-1045079991-20220515
0079389333G 1
54841288

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Salgado	orrego	María magdalena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (x) C.E ( ) PAS ( ) No.1045079991

SEXO: F (x) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (x) EXTRANJERO ( ) PAÍS: colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 20 MES 10 AÑO 1992

PAÍS: colombia

DEPTO: antioquia

MUNICIPIO: valdivia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: colombia DEPTO: antioquia

MUNICIPIO: colombia

TELÉFONO: 3234579001 EMAIL: maggda.salgado@gmail.com

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA									MEDIA		TÍTULO OBTENIDO:bachiller
PRIMARIA				SECUNDARIA							FECHA DE GRADO 31/06/2011
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11o.	MES 06 AÑO 2011

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA), **ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD	No.SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
virtual	APROBADO10	SI	psicologa	MES 09 AÑO2024	PROFESIONAL 291806

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO *ANTIOQUIA*	*MUNICIPIO* *VALDIVIA*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* Maggda.salgado@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8360176	DÍA 06 MES 10 AÑO 2025	DÍA 31 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Psicóloga		cra 8#7-18

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Consejo comunitario los delfines	x		colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Antioquia	valdivia	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3105126310	DÍA 13 MES 05 AÑO 2025	DÍA 30 MES 11 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Psicosocial	EIC	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PSICOLOGA		8

5 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~~ INCOM- PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN 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)

Magdalena Salgado O.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

VALDIVIA 13/01/2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA MAGDALENA SALAGDAO ORREGO

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 1.045.079.991 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento ANTIOQUIA	Municipio	VALDIVIA
Dirección		Teléfonos		

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN MANUELCARDENAS SALGADO	1.042.152.676	HIJO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	-
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORRO	91281768251	YARUMAL	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Magdalena Salgado C.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Salgado	Orrego	Maria Magdalena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD / PAÍS
C.C ⊗ C.E ○ PAS ○ No. 1045079991	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 20 MES 10 AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Valdivia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Palmarito 4-72 Segundo Piso

PAÍS Colombia DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Valdivia

TELÉFONO 3234579001 EMAIL maggda.Salgado@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO 31-06-2011
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 06 AÑO 2011

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Virtual	10	x		Psicóloga	09	2014	291806

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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		8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Valdivia 05-Enero-2026

Magdalena Salgado O.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE Hospital San Juan De Dios Valdivia	x		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	Valdivia	eschospitalsanjuandedios-valdivia-antioquia.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8360176	DÍA 06 MES 10 AÑO 2025	DÍA 31 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga		Cra 8 # 718

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Consejo Comunitario General los Delfines (ICBF)	x		colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	Valdivia	ecdelfinesjuradobahia.org@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 13 MES 05 AÑO 2025	DÍA 30 MES 11 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicosocial	EIC	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

Función Pública

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
E.S.E Hospital San Juan De Dios Valdivia

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO: María Magdalena Salgado arrego

IDENTIFICADO CON: CC. C.E. T.I. N° 1045079991 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Antioquia	Valdivia

Dirección	Teléfonos
calle Palmarito 4--72	3234579007

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Juan Manuel Cárdenas Salgado	1042152676	Hijo

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	0
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 0 -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Ahorros	91281768251	Yarumal	-

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Magdalena Salgado O.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Valdivia 05- Enero - 2026
CIUDAD Y FECHA

Salud Ocupacional

LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

FECHA	C.C.
ENERO/05/2026	1,045,079,991

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR Y PSICOMETRICO

DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	T. SANGRE
MARIA MAGDALENA SALGADO ORREGO	OCT/20/1992	O +

CIUDAD	EPS	EDAD	MOVIL
VALDIVIA - ANTIOQUIA	NUEVA ESP	32 AÑOS	3234579001

EMPRESA	ENFASIS	CARGO	MUNICIPIO
	OSTEOMUSCULAR	PSICOLOGA	VALDIVIA

DICTAMEN

RECOMENDADO PARA EL CARGO	SI	APLAZADO	

RECOMENDADO PARA TRABAJO EN ALTURA		RECOMENDADO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS		RECOMENDADOPARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	

PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA QUE LE APLICAN

Fenomenos naturales	Biológico	Auditivo	Visual	Fisico
	Prevalente		Prevalente	Prevalente

Osteomuscular	Psicosocial	Biomecánico	Químico
Prevalente	Prevalente	Prevalente	

OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTES SIN PATOLOGIA APERENTE QUE LA LIMITA PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO. PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE A AL COVID 19. 6.AUTOEXAMEN DE MAMA, 7.CITOLOGIA ANUAL

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Visiometria		Glicemia Basal		KOH, Coprológico, Frotis Faringeo	
Audiometria		Perfil Hepático		Rx Columna Dinámica	
Espirometría		Test de Fobias		RX Columna Lumbosacra	
Cuadro Hemático		Electrocardiograma		Psicométrico	
Perfil Lipídico		Rx Tórax		Parcial de Orina	

LEGALIDAD

Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.

Magdalena Salgado.
Firma del Paciente

Luis G. Aldana Otero
Medico Salud Ocupacional
L.S.O. 01252
Aldana O
Firma Médico Especialista en SO

Valdivia, Antioquia

05 de enero de 2026

E.S.E. Hospital San Juan de Dios

Valdivia, Antioquia

Estimados señores: Me dirijo a ustedes con el fin de presentar mi propuesta para brindar atención psicológica a nivel comunitario, psicosocial, psicóloga clínica, familiar e individual en los micro territorios asignados, dentro de
los Equipos Básicos en Salud.

Como psicóloga con experiencia en el área psicosocial, estoy convencido de que mi experiencia y habilidades pueden contribuir significativamente al bienestar de la comunidad que ustedes atienden.

Mi propuesta se enfoca en abordar las necesidades psicológicas de los individuos y familias, proporcionando intervenciones adecuadas y eficaces que promuevan la salud mental y el bienestar integral.

Objetivo de la Propuesta: el objetivo principal es ofrecer atención psicológica integral a nivel comunitario, familiar e individual en los micro territorios asignados

Esta atención incluirá evaluación, intervención y seguimiento, con un enfoque preventivo y terapéutico. Metodología de Trabajo:

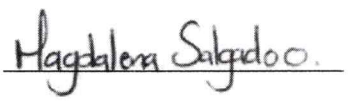
* Evaluación Inicial: realización de entrevistas y aplicación de pruebas psicológicas para identificar las necesidades específicas de cada comunidad, familia o individuo.

* Intervención Psicológica: implementación de terapias y programas de apoyo psicológico basados en las necesidades detectadas, utilizando técnicas cognitivo-conductuales, terapias de grupo, talleres de habilidades sociales, entre otros.

* Seguimiento y Evaluación: monitoreo continuo del progreso de los pacientes y evaluación de la efectividad de las intervenciones aplicadas, ajustando las estrategias según sea necesario.

Estoy disponible para discutir más a fondo esta propuesta y ajustar los detalles según las necesidades específicas de la institución y la comunidad.

Atentamente,



María Magdalena Salgado
Psicóloga
Teléfono: 3234579001
correo electrónico: maggda.salgado@gmail.com

La República de Colombia y en su nombre

IBERO

Planeta Formación y Universidades

Personería Jurídica No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

Maria Magdalena Salgado Orrego

C.C. 1045079991 de Valdivia

Aprobó los estudios programados por la Corporación Universitaria Iberoamericana
y cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, le confiere el título de:

Psicóloga

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita

Bogotá D.C., 23 de Septiembre de 2024

Rector

Secretario General

41389

Registrado en el folio 8078-3 Reg. 39877 del libro de Diplomas No. 29, Bogotá D.C. 23 de Septiembre de 2024

Xertify Código: E3E006ACA002 Verificar

La República de Colombia y en su nombre

IBERO

Planeta Formación y Universidades

Personería Jurídica No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

ACTA DE GRADO 563 / 2024

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los veintitrés (23) días del mes de septiembre del año dos mil veinticuatro (2024), la Corporación Universitaria Iberoamericana hizo entrega a:

Maria Magdalena Salgado Orrego

C.C. 1045079991 de Valdivia

Del título de:

Psicóloga

Al efecto, tomó al graduando el siguiente juramento:

Juráis ante Dios y prometéis a la Patria acatar y cumplir la Constitución y las Leyes de la República, mantener su independencia y libertades, ejercer vuestra profesión de acuerdo con las normas y cuidar y defender los principios filosóficos de la Institución.

Al manifestar cumplirlo y previa autorización de las directivas de la institución, se le hizo entrega del diploma que lo acredita como Profesional, en fe de lo anterior, se firma la presente acta.

Ma. Adelaida Otero.

Secretaria General

41389

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
OFICINA DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO
RECONÓCESE ESTE CERTIFICADO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES Y UNIVERSITARIOS DECRETO 2150 DE DICIEMBRE 5 DE 1995 REGISTRADO CON EL NÚMERO 39877 ANOTADO AL FOLIO 8078-3 DEL LIBRO DE DIPLOMAS NO. 29.



REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO
BOGOTÁ; (CUNDINAMARCA) 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 291806

Fecha de expedición: 25/11/2024

MARIA MAGDALENA SALGADO ORREGO

Cédula de Ciudadania
1045079991

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.

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

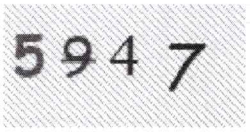
Número de Identificación *

1045079991

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3760

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-01-13→4:45:14 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	1045079991	MARIA	MAGDALENA	SALGADO	ORREGO	Vigente

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) MARIA MAGDALENA SALGADO ORREGO identificado(a) con CC 1045079991 registra La siguiente información:

2026-01-13→4:45:14 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2014-03-12	3059214	GOBERNACION DE ANTIOQUIA
UNV	Local	PSICOLOGIA	2025-09-18	80772	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

E.S.E Hospital
San Juan de Dios
Valdivia
NIT. 891.982.129-7

LA SUSCRITA GERENTE DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE VALDIVIA

CERTIFICA QUE

El Señor (a) **MARIA MAGDALENA SALGADO ORREGO.** Identificado(a) con cc Nro **1045079991.** Prestó sus servicios Profesionales en esta institución como **PSICOLOGA.** Bajo Contrato De Prestación de Servicios Profesionales Discriminado así:

N.º DE CONTRATO	CARGO	DEL	AL	MOTIVO DE RETIRO	SALARIO DEVENGADO
PS: 151-2025	Psicóloga	06 de octubre	31 de diciembre	Terminación de Contrato	6.000.000

Se expide el presente certificado a petición del empleado para trámites administrativos a los seis (06) días del mes de Enero de Dos Mil Veinte y Seis (2026).

MARISELA COROMOTO AVENDAÑO
Gerente
ESE Hospital San Juan Dios
Valdivia

CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES
MUNICIPIOS BAHIA SOLANO - JURADO
CON NIT 818.001.449-5

CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES

CERTIFICA QUE:

Que revisados los archivos físicos y digitales de la institución se encontró que la señora **MARIA MAGDALENA SALGADO ORREGO**, identificada con cedula de ciudadanía **No 1.045.079.991de** Valdivia, Laboró en esta institución como **Psicóloga** desde **el 13/05/2025** hasta el **30/11/2025.**

Se expide el presente certificado a petición de interesado para trámites administrativos a los (05) días del mes de enero del dos mil veinte seis (2026)

Diana Hernández

Diana Marcela Hernández Taborda

Coordinadora

CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES

Valdivia

CONSTRUYENDO CAMINOS DE HERMANDAD

Ccdelfinesjuradobahia.org@amail.com

Cel. 310 5126310-312 2482827

BAHIA SOLANO-CHOCO



INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha	Oficina radicación	Número de cotización	Número de póliza	Documento
MEDELLIN, 2025-08-19	2597 - PROM BOLIVARIANA	03056865250819819202	900001410913	EXPEDICIÓN POLIZA NUEVA

Vigencia del seguro		Días de vigencia del seguro
Desde las 24:00 horas del 2025-08-19	Hasta las 24:00 horas del 2026-08-19	365

Moneda
COP

ASESOR

Nombre	Código
TECNASER Y CIA	29075

TOMADOR

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Tomador principal	Calidad Tomador	Dirección de correspondencia
MARIA MAGDALENA SALGADO ORREGO		1045079991	✓	En nombre propio	cra 70 44 09

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación
MARIA MAGDALENA SALGADO ORREGO		1045079991

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Psicólogia-

Valor asegurado: $100.000.000

Fecha de retroactividad: 19/08/2025

COBERTURA	SUBLÍMITE EVENTO	SUBLÍMITE VIGENCIA	DEDUCIBLE
Gastos de Defensa	100%	100%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de defensa por tribunal de ética médica	10%	10%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de Defensa (Penales)	10%	10%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Asistencia juridica telefonica			
Responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o personales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Errores y Omisiones en Dictamenes periciales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad Civil profesional	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONDICIONES PARTÍCULARES

Cláusulas

Cláusula gastos de defensa en procesos penales

Se cubren los gastos de defensa en procesos penales que sean concomitantes con y surjan a raíz de la reclamación civil de indemnización de perjuicios derivadas de daños materiales o lesiones personales. No se amparan los gastos de defensa en

procesos penales sin el previo consentimiento escrito de Sura o aquellos procesos penales independientes.

Ampliación del término de revocación de la póliza

Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.

Clausula de compensación

Si debes dinero a SURA y, a su vez, SURA tiene saldos a tu favor, pendientes de pago, la Compañía compensará dichos valores, de acuerdo con las reglas del Código Civil.

Condición de la póliza

Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por parte del profesional de la salud.

Pago de las primas

El plazo para el pago de la prima será de 30 días entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de expedición la más reciente.

Ubicación de predios

XXXXXXXXXX

Modalidad de cobertura

Claims made o reclamación

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles.

Único valor asegurado

Los valores especificados como límites y/o sublímites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática.

Exclusiones

Exclusión de servicios médicos prestados en el exterior

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de servicios médicos prestados en el exterior

Exclusión operación de bancos de sangre

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de operación de bancos de sangre

Exclusión de gastos médicos

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de gastos médicos en los que incluya el propio asegurado

Exclusión responsabilidad civil de directores y administradores

Se excluye la Responsabilidad Civil de Administradores y Directores (D&O).

Exclusión ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Se excluyen las reclamaciones por ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Exclusión productos inseguros - defectuosos

Se excluyen las reclamaciones por productos inseguros ¿ defectuosos- fabricados, comercializados o entregados por usted

Exclusión de sangre infectada

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de sangre infectada

VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD				
Tasa	Valor asegurado	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
1,8989%o	$100.000.000	$189.891	$36.079	$225.970
			Valor total a pagar más IVA	**$225.970**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

VALOR A PAGAR DEL SEGURO			
Solución RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	Valor a pagar $189.891	Valor IVA $36.079	Valor total a pagar $225.970
VALOR TOTAL	**$189.891**	**$36.079**	**$225.970**



ASESORES

Código	Nombre del asesor principal	Lider
29075	TECNASER Y CIA	✓

CONDICIONES GENERALES

DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES					
Solución RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	Fecha a partir de la cual se utiliza 2009-06-01	Tipo y número de entidad 13-18	Tipo de documento P	Ramo al cual pertenece 06	Identificación de la proforma F-01-13-064

Textos y aclaraciones del movimiento

Las asistencias de la póliza serán prestadas por Operaciones Generales Suramericana S.A.S. en todo caso Seguros Generales Suramericana S.A. será responsable frente al consumidor financiero.

DEFINICIONES

SMMLV
Salario mínimo mensual legal vigente.

SMDLV
Salario mínimo diario legal vigente.

SUBLÍMITE
Todos los valores establecidos como sublimites en cualquiera de las coberturas de esta póliza se entienden incluidosdentro de la suma asegurada o límite máximo de responsabilidad asegurado, y por lo tanto no adicionan valor asegurado.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas deseguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009965 de 2010. "Responsablede impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención". En virtud del numeral 28 del artículo 530 del Estatuto Tributario, el presente documento se encuentra exento del impuesto de timbre.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

Firma autorizada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificación
Bancaria

Lunes, 05 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIA MAGDALENA SALGADO ORREGO identificado(a) con CC 1045079991, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	91281768251	2025-04-03	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SALGADO ORREGO MARIA MAGDALENA** identificado(a) con **CC** número **1.045.079.991** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de enero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

SALIR INICIO

gente cuidando gente

EPS EN LÍNEA SERVICIOS EN LÍNEA

IPS

Autorizaciones

Contáctenos

Sugerencias

Felicitaciones

Quejas o reclamos

NT 891982129 E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

- Consulta del Estado de Afiliación

  - EL AFILIADO SE ENCUENTRA EN EL LISTADO DE IPS PRIMARIA

Fecha/Hora Consulta:	05/01/2026 14:49:18
Tipo Identificación:	CC
Identificación:	1045079991
Nombre Usuario:	MARIA MAGDALENA SALGADO ORREGO
Estado Afiliación Usuario:	ACTIVO
Fecha Nacimiento:	20/10/1992
Edad:	33
Sexo:	F
Dirección Residencia:	CL PALMARITO 4 72
Departamento:	ANTIOQUIA
Municipio:	VALDIVIA
Teléfono:	3105445020
Tipo Afiliado:	CABEZA DE FAMILIA
Categoría Afiliado:	A
Semanas Cotizadas:	90
IPS Primaria:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

RETORNAR

Autorizaciones Web v2024/07/05.1

SERVICIOS EN LÍNEA

IPS

NT 891982129 E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

Autorizaciones >

Contáctenos

Sugerencias

Felicitaciones

Quejas o reclamos

- Consulta del Estado de Afiliación

EL AFILIADO SE ENCUENTRA EN EL LISTADO DE IPS PRIMARIA

Fecha/Hora Consulta:	13/01/2026 17:25:50
Tipo Identificación:	CC
Identificación:	1045079991
Nombre Usuario:	MARIA MAGDALENA SALGADO ORREGO
Estado Afiliación Usuario:	ACTIVO
Fecha Nacimiento:	20/10/1992
Edad:	33
Sexo:	F
Dirección Residencia:	CL PALMARITO 4 72
Departamento:	ANTIOQUIA
Municipio:	VALDIVIA
Teléfono:	3105445020
Tipo Afiliado:	CABEZA DE FAMILIA
Categoría Afiliado:	A
Semanas Cotizadas:	90
IPS Primaria:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA

Estudio Jurídico Pérez & Asoc.
Asesoría Especializada en las áreas del Derecho Administrativo, Penal y Probatorio
Responsabilidad civil extracontractual
Procesos de extinción de dominio y restitución de tierras
Acciones constitucionales
Casación y Revisión en materia penal

Medellín, 14 de enero de 2026

Señora Magistrada
VERÓNICA GUTIÉRREZ TOBÓN
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE ANTIOQUIA
Medellín – Antioquia
E. S. D.

REF:	05001333303120180020801
Demandante:	María Magdalena Salgado y otros
Demandado:	Hospital San Juan de Dios y otro
ASUNTO:	Desistimiento del recurso de apelación

Respetada Señora Magistrada,

VÍCTOR ALONSO PÉREZ GÓMEZ, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 98.554.884 de Envigado, abogado en ejercicio, portador de la T.P. No. 91.762 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de la parte demandante dentro del proceso de la referencia, de la manera más atenta me permito manifestar al Honorable Tribunal que, por instrucciones expresas de mi mandante, presento DESISTIMIENTO del recurso de apelación oportunamente interpuesto ante el JUZGADO TREINTA Y UNO (031) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN, en su calidad de juez de primera instancia, dentro del trámite correspondiente.

Por lo anterior, solicito lo siguiente:

1. Que se acepte el desistimiento del recurso de apelación presentado por esta parte dentro del proceso identificado con radicado 05001333303120180020800.
2. Como consecuencia de lo anterior, que se declare finalizado el trámite del recurso, y se proceda a impartir las órdenes procesales correspondientes.
3. Que no se condene en costas procesales ni agencias de derecho, en virtud del desistimiento del suscrito.

Agradezco la atención prestada y solicito se imprima el trámite que en derecho corresponda.

Cordialmente,

Diagonal 75 Nro. 33 AA – 100. Recepción –
Barrio Laureles – Medellín (Ant.)
PBX. (+57) 604 448 31 92 - Cel. 315 409 40 90.
vperezgomez@hotmail.com y/o
vperezgomez@estudiojuridicoperezyasociados.com
https://perezyasociados.com.co
Medellín – Colombia.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302240379

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	15/01/2026 10:11:28

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	891982129	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	KR 8 7 18 FLORESTA	15488

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
1	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)	3861001	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 8 N 7 18	VALDIVIA	Antioquia

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1045079991	SALGADO	ORREGO

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
MARIA MAGDALENA	20/10/1992	PALMARITO

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
VALDIVIA	8360218	3234579001	MAGGDA.SALGADO@GMAIL.COM	F

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
PLAZA PRINCIPAL	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
Nueva EPS	37	Proteccion	14

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	16/1/2026	18000000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	15/1/2026	14/4/2026	SI

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 15/01/2026 10:11:28. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302240379

360000	6000000	2400000	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	NO DEFINIDA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Actividades de hospitales y clínicas, co (Decreto 768 de 2022)	3861001	3

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 15/01/2026 10:11:28. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302240379

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X																
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X																
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X																
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X																
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X																
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X																
Domingo	X	X	X	X	X	X	X	X																

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 15/01/2026 10:11:28. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

891982129-7

ACUERDO DE PAGO – SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Fecha, 15-01-2026.

FUNDAMENTO JURIDICO

Actualmente, los trabajadores independientes vinculados a través de contratos de prestación de servicios, son responsables de realizar sus propios pagos a la seguridad social en virtud de la Ley 100 de 1993.

La Ley 2381 de 2024, denominada reforma pensional, se estableció nuevas obligaciones para las empresas en Colombia, y a partir del 1° de julio de 2025, las empresas contratantes deberán asumir la responsabilidad de pagar los aportes a la seguridad social de los contratistas independientes en el pilar contributivo.

El 16 de mayo de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 467 de 2025, para ajustar desde el 1 de agosto de 2025 la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, dando cumplimiento a la Reforma Pensional establecida en la Ley 2381 de 2024 "Por medio de la cual se establece el Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común, y se dictan otras disposiciones".

Entonces con la expedida la resolución 467 de 2025, se reglamentaron varios aspectos y se aclaró que la retención de aportes a la seguridad social por parte de los contratantes, solo se realizaría si se llegaba a un mutuo acuerdo con el contratista. Por lo que,

ACUERDO ENTRE LAS PARTES

Entre la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Valdivia – Antioquia, a través de su Representante Legal Doctora **MARISELA COROMOTO AVENDAÑO** y el (la) señor (a) María Magdalena Salgado arrego, persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 1045079991 de Valdivia, llegamos al siguiente acuerdo:

PRIMERO: Yo María Magdalena Salgado arrego, persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 1045079991 de Valdivia, **NO AUTORIZO** a la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Valdivia – Antioquia, para que me haga las retenciones de aportes a seguridad social.

SEGUNDO: Yo María Magdalena Salgado arrego, persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 1045079991 de Valdivia, continuare realizando los pagos de mis aportes a la seguridad social y los

E.S.E Hospital San Juan de Dios Valdivia

891982129-7

presentaré a la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Valdivia – Antioquia mes a mes con las cuentas de cobro.

TERCERO: Yo María Magdalena Salgado orrego, persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 1045079991 de Valdivia, **EXONERO a la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Valdivia – Antioquia** de cualquier tipo de responsabilidad civil, laboral, administrativa, penal y otra, y que tenga que ver o tenga relación con el pago de mi seguridad social.

CUARTO: Yo María Magdalena Salgado orrego, persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 1045079991 de Valdivia, **ASUMO LA OBLIGACIÓN** de seguir cotizando como independientes, teniendo en cuenta los lineamientos trazados en la resolución 467 de 2025 y demás normas complementarias.

QUINTO: Yo María Magdalena Salgado orrego, persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 1045079991 de Valdivia, **CONSERVARE** todos los soportes que acrediten la afiliación y el cumplimiento de los pagos, para efectos de control y fiscalización ante las autoridades competentes.

SEXTO: Yo María Magdalena Salgado orrego, persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 1045079991 de Valdivia, **CUMPLIRE** con las obligaciones relacionadas con el pago de la seguridad social y manifiesto que conozco las consecuencias legales y económicas significativas, que se puedan generar por el no pago dentro de los parámetros legales, y RECONOZCO que será de mi exclusiva RESPONSABILIDAD el pago de mi seguridad social, por lo que exonero a la ESE Hospital San Juan de Dios de cualquier responsabilidad.

SEPTIMO: La ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Valdivia – Antioquia, **ACEPTA y RESPETA la voluntad del contratista**, recordándole la importancia de estar al día en el pago de la seguridad social, y hacer los pagos dentro de los lineamientos legales, para que se evite sanciones o multas.

Dada en el Municipio de Valdivia, a los _____ (15) días del mes de Enero de 2026.

MARISELA COROMOTO AVENDAÑO
Gerente de la ESE Hospital
Contratante

María Magdalena Salgado O.

C.C. Nro. 1045079991.
Contratista.

E.S.E Hospital
San Juan de Dios
Valdivia
891982129-7

Valdivia,

Doctora,
MARISELA C. AVENDAÑO
Gerente
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Asunto: Certificación de Contrato Exclusivo con ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia

Por medio de la presente, yo, María Magdalena Salgado Arroyo identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1045079991, certifico que, a la fecha de emisión de este documento, cuento con contrato de prestación de servicios con la ESE Hospital San Juan de Dios de Valdivia, en calidad de Psicóloga. Aclaro que **NO** tengo ningún otro contrato laboral o de prestación de servicios con ninguna otra entidad pública o privada.

Esta certificación se extiende a la solicitud del interesado y para los fines que este considera pertinentes.

Atentamente,

Magdalena Salgado

Nombre:
CC: 1045079991

Psicologa EBS 15 enero

Arl ✓

LISTA DE DOCUMENTOS PARA CONTRATAR 2026	A	N/A
EXAMEN MEDICO-OCUPACIONAL DE INGRESO (METRICA YARUMAL-3117787971) VIRTUAL 3005040127	✓	
CARTA DE PRESENTACIÓN-PROPUESTA TÉCNICO -ECONÓMICA	✓	
FORMATO UNICO HOJA DE VIDA FUNCIÓN PUBLICA -DIGITAL	✓	
FORMATO DECLARACION DE BIENES Y RENTAS FUNCION PUBLICA https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013	✓	
FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL CONTRATISTA O DEL REPRESENTANTE LEGAL	✓	
FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL	✓	
SOPORTES ESTUDIOS (Que demuestren idoneidad para cumplir con el objeto contractual)	✓	
SOPORTES EXPERIENCIA (Que demuestren idoneidad para cumplir con el objeto contractual)	✓	
LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE (PARA CONTRATOS QUE INCLUYAN ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS)		✓
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PROFESIONALES VIGENTE	✓	
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL.(PARA PERSONAS JURIDICAS) VIGENTE		✓
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS -PROCURADURIA- VIGENTE	✓	
CERTIFICADO REDAM "REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS"	✓	
CERTIFICADO DE DELITOS SEXUAL MENORES DE 18 (891982129-7)	✓	
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES -CONTRALORIA - VIGENTE (persona natural o persona jurídica y representante legal)	✓	
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA -VIGENTE	✓	
CERTIFICADO DE MEDIDAS CORRECTIVAS-VIGENTE	✓	
CERTIFICADO DE AFILIACION AL SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (SALUD, PENSIÓN, ARL)		
CERTIFICACION DE LA CUENTA BANCARIA (BANCOLOMBIA)	✓	
POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL (MEDICO-ENFERMERO-ODONTOLOGO-AUX. ENFERMERÍA- PSICOLOGOS Y DEMAS PERSONAL DEL AREA DE LA SALUD)-CONTRATISTAS	✓	
RETHUS EN CASO DE SER DEL AREA DE LA SALUD	✓	
R.U.T. (ACTUALIZADO)	✓	

Proteca Nueva EPS

hospitalvaldiviacontratacion@gmail.com

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA 891982129-7

158.333

31.666

1.108.333

494.999