REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.697.515
BORJA FONTALVO

APELLIDOS
NANCY JUDITH

NOMBRES
Nancy Borja F.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1979
REMOLINO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-JUN-1999 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00477111-M-0036697515-20030625 0024900010M 1 4423083259

Powered by CamScanner

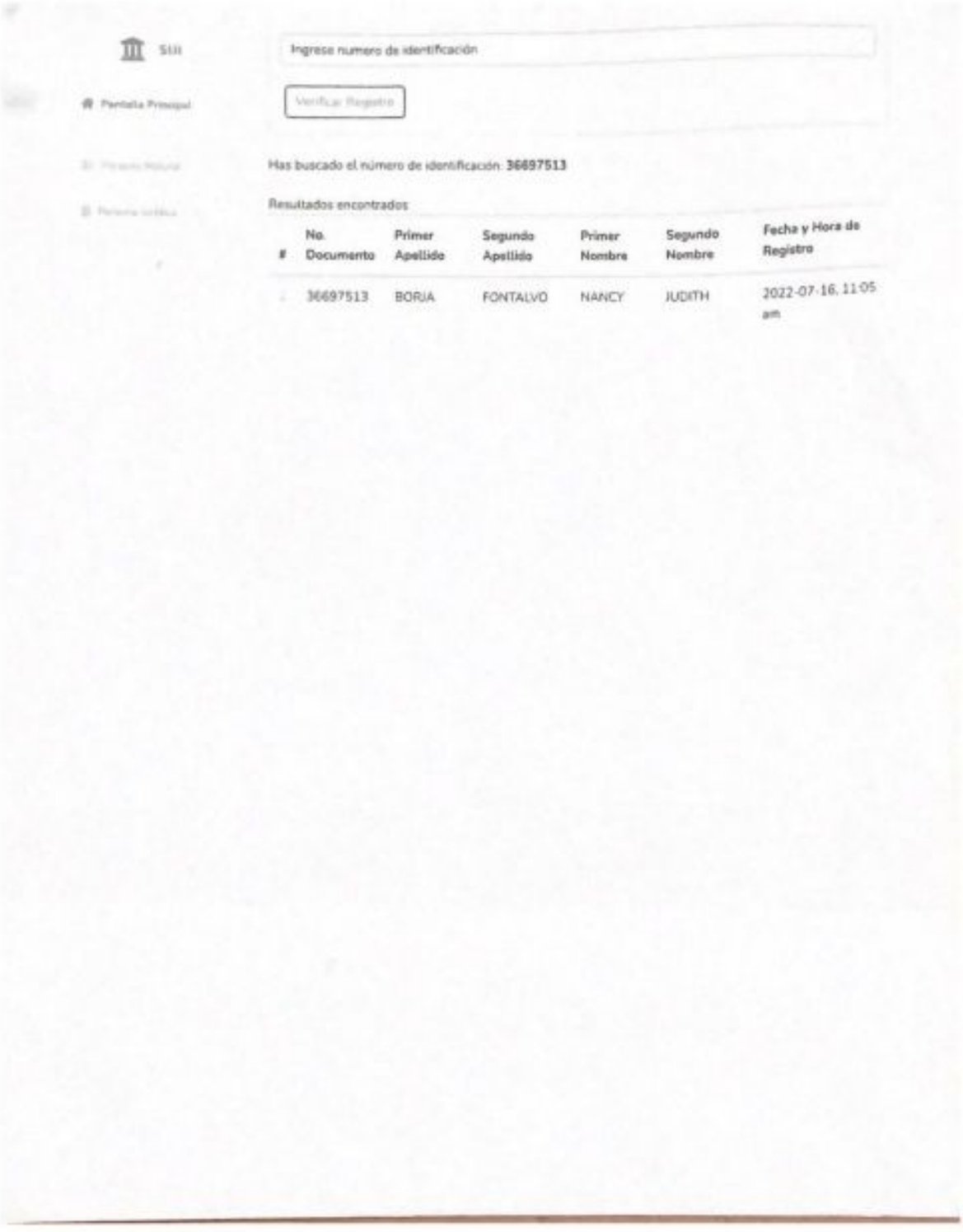
HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC16F VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, DARLEY BORJA FONSECA, Identificado con Cédula No. 36.697.513. y Profesión AUX DE ENFERMERIA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
4	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php		
5	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
6	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)		
7	Propuesta de Servicios		
8	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
10	RUT - Registro Único Tributario		
11	Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II)		
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
13	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual).**		
14	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) – Certificado Emitido por el Ministerio de **Educación Nacional.**		
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
16	Tarjeta Profesional		
17	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
26	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
27	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
29	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia). **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
30	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)**		
31	Soporte de experiencia laboral.		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** – Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
36	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx		

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

HUMB	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Nancy Judith Borja Fontalvo identificado con C.C./C.E./P.P No. 36.697.513 expedida en Santa Marta., autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 8 del mes de Junio de 2023.

Firma
Nombre Nancy Borja Fontalvo
Cédula 36.697.513

Powered by CamScanner

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	Nancy Judith Borja Fontalvo
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	MARE121529@HOTMAIL.COM
Teléfono	
Celular	320 5129184
Nivel Educativo	

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	320 5129184
SMS para recuperar la contraseña	320 5129184

Editar

Powered by CamScanner

Santa marta 07/06/2023

Dr. German Gaviria Vargas

GERENTE HUJMB.

ASUNTO: oferta de servicio.

Cordial saludo; yo NANCY JUDITH BORJA FONTALVO identificada con # CC.36.697.513 expedida en la ciudad de santa marta, presento mi propuesta y disposición como auxiliar de enfermería del servicio de cirugía para presentar los servicios de proveer el cuidado integral básico a los usuarios y desarrollar mis actividades de responsabilidad bajo la orientación y supervisión de mis conocimientos adquiridos en mi practica formativa y experiencia laboral, de acuerdo con las políticas institucionales y normas vigentes de la institución .

Atentamente;

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO

CC.36.697.513 SANTA MARTA

Powered by CamScanner

DIAN

POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14838216321

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 6 8 9 7 5 1 3 | 6. DV: 9

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta: 1 9

13. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida: 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía: 1 3

26. Número de Identificación: 36697513

27. Fecha expedición: 1 9 9 9 0 6 2 4

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Magdalena: 4 7

30. Ciudad/Municipio: Santa Marta: 0 0 1

31. Primer apellido: BORJA

32. Segundo apellido: FONTALVO

33. Primer nombre: NANCY

34. Otros nombres: JUDITH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA: 1 6 9

39. Departamento: Magdalena: 4 7

40. Ciudad/Municipio: Santa Marta: 0 0 1

41. Dirección principal: CR 25 42 C 63 BRR SANTA CRUZ

42. Correo electrónico: mare121529@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 2 0 5 1 2 9 1 8 4

45. Teléfono 2: 3 1 1 4 1 2 7 3 4 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 1 1 0 1 3					5 1 3 2	

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: 2 0

20- Obsanción NIT

Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Codigo

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicios 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 ☐ | 60. No. de Folios | 61. Fecha

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

664. Nombre

665. Cargo

Fecha generación documento PDF: 18-07-2022 12:10:56AM

DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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
Borja		Nancy

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 36637513	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 15 MES 11 AÑO 1979	CALLE 29 K 5 21 c - 08 los laureles			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	REMOLINO	TELÉFONO	3205129184	EMAIL	mare121529@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		BASICA SECUNDARIA			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO			
										X	MES	12	AÑO	1998

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	
PREGRADO	3	X			07	1999	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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 B EN (**MB**)

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

3 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 HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 23 - 13 a - 02					
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	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA CIRUGIA						*DIRECCIÓN*					
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	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA CIRUGIA						*DIRECCIÓN*					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	10

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	10

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

La República de Colombia y en su nombre



El

COLEGIO NACIONAL DE BACHILLERATO

De Pivijay - Magdalena

Aprobado por Resolución No 305 del 7 de Diciembre de 1995
de la Secretaría de Educación del Magdalena

Confiere a:

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO

Identificado con T I No. 52 172 de PIJAY

El título de

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes

RECTOR

SECRETARIA

Libro _____ Folio _____ Acta _____ Año _____

Dado en PIVIJAY a 21 de DIC de 199 5

Acta de Grado

Colegio Nacional de Bachillerato

Pivijay - Magdalena

En la ciudad de Pivijay a los 21 días del mes de diciembre del año de 1.996 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, el Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO NACIONAL DE BACHILLERATO DE PIVIJAY (MAGDALENA) modalidad ACADEMICO institución aprobada hasta GRADO ONCE en el nivel de Educación Media VOCACIONAL y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad ACADEMICO, según Resolución(es) Número(s) 305 del 7 de diciembre de 1.995

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

NOMBRE

No.

03 BORJA FONTALVO NANCY JUDITH

DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I.# 701115-52173 de Pivijay

Es fiel copia tomada del Acta original No. 021 de fecha Diciembre 21 de 1.9

que consta de 31 alumnos graduados, comienza con el nombre de ARÉVALO PAOLA KARINA y se cierra con el nombre de YANCE ARMENTA ARNALDO SEGUNDO

firmado y sellado por EDUARDO DE LA HOZ PACHECO (Rector)

SARA DIAZ DE BORNACELLI (Secretaria)

Dado en Pivijay a los 21 días del mes de diciembre de 19

En constancia se firma el presente Documento.

El Rector o Director(a)

c. c. No. 7.590.707 de Pivijay

El Secretario(a)

c. c. No 26.824.620 de Pivijay

Powered by CamScanner

República de Colombia
Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena
y en su nombre
El Centro de Educación en Salud del Magdalena
"Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO

Titular de la C.C. Nº 36.697.513 expedida en Santa Marta

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecidos por el Ministerio de Salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Director del Cesmag

Dir. del Servicio-Secc. de Salud del Magd.

Secretaria Académica

Santa Marta Julio 14-1999

Powered by CamScanner

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No. 12-90 Santa Marta
Teléfono 4215776 fax 4234520
Nit.891.780.117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 85

En la ciudad de Santa Marta, a los 25 dias del mes de Junio del año 1 999 se reunieron, con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del Curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** las suscritas Directora y Secretaria del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO",** Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional, para otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** según Resolución No 2182 de Agosto 9 de 1 968, Decreto No 816 de Diciembre 13 de 1 949 Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** al alumno cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación: **BORJA FONTALVO NANCY JUDITH** identificada con la Cédula de Ciudadanía No **36.697.513** expedida en **SANTA MARTA, MAGD.**

Es fiel copia de su original, fechada en Junio 25 de 1 999 y consta de 57 alumnos, se inicia con el nombre de **ALBOR REDONDO ERIKA MARTHA** y se termina con el nombre de **ZAPATEIRO RODRIGUEZ XIOMARA ALFARO.**

Firmado y sellado por **LUZ STELLA DURAN MANJARRES,** Directora y **MERCEDES OLANO RODRIGUEZ,** Secretaria Académica

Dado en Santa Marta, a los 25 dias del mes de Junio de Mil Novecientos Noventa Nueve (1 999)

Firmado y Sellado

LUZ STELLA DURAN MANJARRES
Directora

MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Secretaria académica

Powered by CamScanner

HUFT

HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

Certifica que:

Nancy Judith Borja Fontalvo

Asistió al Seminario Taller

CIRCULANTE EN SALA DE CIRUGÍA

Realizado en el Hospital Universitario Fernando Troconis con una intensidad de 120 horas

En constancia del anterior seminario en la ciudad de Santa Marta

Dra. Yamile Perea
Intrumentadora Quirúrgica

HOSPITAL FERNANDO TROCONIS SUBGERENCIA CIENTIFICA

Dr. Juan Diazgranados
Subgerente Científico

Viernes 05 de Febrero 2010

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO INSTITUCIONAL

RESOLUCION No 47- 0731

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una Institución de Educación No Formal, en el área de la salud"

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de1994, emanados del Ministerio de Salud , y

CONSIDERANDO

1.- Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación no formal, para su debido ejercicio.

2.- Que **NANCY JUDITH BORJA FONTALVO,** con cédula de ciudadanía No. 36.697.513 de Santa Marta Magdalena, ha solicitado a la Secretaria de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó el CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, según acta de grado No. 85 de junio 25 de 1999.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el certificado de AUXILIAR DE ENFERMERÍA otorgado a **NANCY JUDITH BORJA FONTALVO,** con cédula de ciudadanía No. 36.697.513 de Santa Marta Magdalena, por el CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO
PARAGRAFO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a Nancy Judith Borja Fontalvo, el contenido de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días del mes de de 1999

10 NOV. 1999

EUGENIO DIAZGRANADOS GONZALEZ
Secretario de Desarrollo de la Salud

MAXIMO JIMENEZ LOPEZ
Profesional Especializado

P.D.O.

Powered by CamScanner

Resultado General -2023-06-08→5:47:17 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36697513	NANCY	JUDITH	BORJA	FONTALVO	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) NANCY JUDITH BORJA FONTALVO identificado(a) con CC 36697513 registra La siguiente información:

2023-06-08→5:47:17 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermeria	1999-11-10	731	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

Powered by CamScanner

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999 y con registro de programa según resolución No. 0859 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Ma y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Teniendo en cuenta que

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 36.697.513

Aprobó los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:

Violencia Sexual

Con una intensidad total de 30 horas, virtuales.

Dado en Santa Marta, a los 03 Dias del mes de Diciembre del 2020.

Director

Coordinador

Powered by CamScanner

CV-202111-BLS0043

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO
C.C. 36.697.513

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE B.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 22, 23 y 24 de noviembre de 2021, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **noviembre de 2023**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

Powered by CamScanner

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999 y con registro de programa según resolución No. 0859 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Teniendo en cuenta que

NANCY BORJA FONTALVO

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 36.697.513

Aprobó los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:

Atencion Integral Para la Gestion de Duelo

Con una intensidad total de 12 horas.

Dado en Santa Marta, a los 07 Dias del mes de Enero del 2021.

Director

Coordinador

Powered by CamScanner

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999 y con registro de programa según resolución No. 0859 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Teniendo en cuenta que

NANCY BORJA FONTALVO

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 36.697.513

Aprobó los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:

Atencion a Personas Victimas de Ataque Con Agentes Quimicos

Con una intensidad total de 12 horas.

Dado en Santa Marta, a los 11 Dias del mes de Enero del 2021.

Director

Coordinador

Powered by CamScanner

!DOCTYPE html PUBLIC "-//W3C//DTD XHTML 1.0 Transitional//EN" "http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd">

Certificado de
Aptitud Laboral
Periodico
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 09/Dic/2020. **Hora:** 11:06:38 a m.
Apellido: Borja Fontalvo **Nombre:** Nancy Judith
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36697513
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Lugar:
Direccion: Calle 29b5 No. 21c-08 Los Laureles
Telefono: **Celular:** 3205179184 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: No Aplica
Peso: 76.9 Kg **Estatura:** 168 Cm **IMC:** 27.2 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Colmena **AFP:** Porvenir

HC : # 61980
Edad: 41 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 15/Nov/1979
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente

Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19.

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Nancy Borja

Nancy Judith Borja Fontalvo
CC 36697513

Huella Digital

Powered by CamScanner

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nit 891780185-2

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CERTIFICA

Que la señora **NANCY JUDITH BORJA FONTALVO** identificada con cedula de ciudadanía No **36.697.513** de Santa Marta, es contratista de esta ESE HOSPITAL UNIVESITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE prestando sus servicios como auxiliar de enfermería mediante la orden de prestación de servicios No 229 de fecha 1 de diciembre de 2015 hasta la actualidad labora en la institución por un valor mensual de un millón doscientos setenta y dos mil pesos.

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada, a los treinta (30) días del mes enero de 2020.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ

Calle 23 No 14-42 Esquina-Santa Marta, magdalena-Colombia
Tele: 4346262-3215399661 Email: ftroconismental@hotmail

Powered by CamScanner

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: HANCY JUDITH

Apellidos: BOJA FONTALVO

Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 36.697.513

Fecha de Nacimiento: Día 15 Mes 11 Año 1979

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	25-6-15	Serum 612N7186	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	02-9-13	021431080	
	2	27-10-13	100cc	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	3 sep 13	13 OTNL0019	
	2	4 nov 2013	5 V Ter 1004	
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	10-9-13		12-01 0001	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-07 18:57

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NANCY	JUDITH	BORJA	FONTALVO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36697513

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	REMOLINO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

Powered by CamScanner

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Powered by CamScanner

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARLOS	ALBERTO	GONZALEZ	SIERRA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 5077744

Powered by CamScanner

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 interes 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

Powered by CamScanner

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Si [ ] 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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:

Powered by CamScanner

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36697513
NOMBRES Y APELLIDOS	Borja Fontalvo,Nancy Judith
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Borja Fontalvo,Nancy Judith, a los 08 días del mes de junio del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.697.513**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Junio del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Powered by CamScanner

HUMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNCIF VERSION: 002 FECHA DE ULTIMA REVISION: 15/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo M	Sexo F
NANCY JUDITH BORJA FONTALVO		X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X / C.E. / T.I. / R.C. / P.P.	36 697 513	SANTA MARTA	24/06/1999

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	Familiar	Rural	Urbano
			X				X		2		X			X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
15 11 1979	REMOLINO	CALLE 29K5 # 21C-08	SANTA MARTA	MAGD.

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
MARE121529@HOTMAIL.COM	3205129184	4367153

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO

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
H.U.J.M.B.	Pública X / Privada / Mixta / Otra cual?	AUX. ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CALLE 23 CRA 14 # 23-42	STA. MARTA	LOS ALCAZARES	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.800.000	Total Egresos mensuales	1.800.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes / Año		Es declarante?	SI ☐ NO X

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

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: ESFUERZO DE MI TRABAJO

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 del cual(es) relaciono a continuación: [illegible]

[illegible]

Nancy

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 firma (amos)

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento