REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.043.664.979
ORTEGA QUINTERO

APELLIDOS
GERALDINE

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-MAR-1995
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

15-MAY-2013 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-210010 - 3452062-F-1043664979-20130723 0034059433A 40472495

HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GICLIF VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 3

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Geraldine Ortega Quiroz identificado con Cédula No. 1.003 664 979 y Profesión Auxiliar en Enfermería **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Geraldine Ortega Quiroz

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		✓
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sli.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	✓	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		—
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		—
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	✓	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		—
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		—
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	✓	
15	Tarjeta Profesional		—
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	✓	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		—
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	✓	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		—
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		—
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		—
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.	✓	
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	✓	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*	✓	
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).	✓	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		—
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años**)	✓	
30	Soporte de experiencia laboral.	✓	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	✓	
32	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://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 **(Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)**	✓	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	

Powered by CamScanner

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1043664979**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1043664979	ORTEGA	QUINTERO	GERALDINE	0	2022-07-14, 3:55 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 02 FECHA DE ULTIMA REVISION: 07/09/2023 PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) Geraldine Ortega Quintero identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.043.664979 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 7 del mes de septiembre de 2023.

Firma Geraldine Ortega Quintero
Nombre Geraldine Ortega Quintero
Cédula 1043664979

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

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

Información del usuario

Género	
Cargo	
Título	
Nombre	GERALDINE
Apellidos	ORTEGA QUINTERO
Fecha de Nacimiento	6/03/1995 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	GERALDINE ORTEGA QUINTERO
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	geryfly95@gmail.com
Teléfono	
Celular	3015398375
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

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 tu apodo?
Respuesta	Gerito
SMS para recuperar la contraseña	3015398375

D.T.C.H. de Santa Marta, 06 de septiembre 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Ciudad. -

Cordial saludo:

A solicitud de su respetada institución, yo Geraldine Ortega Quintero,
Identificada con la C.C No 1.043.664979 de Santa Marta,
le solicito a usted me permita ingresar como Auxiliar de enfermería
dentro del área de Hyson 5. Espero reunir las condiciones necearías
para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,

Geraldine Ortega Quintero.
C.C No 1043664979 de Sta Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14445364321

(415)7707212489984(8020) 000001444536432 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1043664979	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1043664979	2013/05/15

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTEGA	QUINTERO	GERALDINE	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 33 C 19 19 BRR SANTA LUCIA

42. Correo electrónico: geryfly95@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3015398375	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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
8692	2017/12/20						5132	

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 20																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2017 - 12 - 20

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:

984. Nombre VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON
985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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
Ortega	Quintero	Geraldine

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1043664979 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 06 MES 03 AÑO 1995

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: ANTIOQUIA

MUNICIPIO: MEDELLÍN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 36C 19 19 CASA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: geryfly95@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2013
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X			04	2017	

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

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. 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*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - PSIQUIATRIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ASISTECIAL PSIQUIATRIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL PSIQUIATRIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N ° 23 -42					

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262		*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
		Día	04	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42				

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	8

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 Rosa, 6 Septiembre /2023

Geraldine Ortega Cuellar

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

República de Colombia y en su nombre

Institución Educativa Distrital

Francisco de Paula Santander

Aprobado por resolución 884 del 28 Noviembre de 2002 de la Secretaría de Educación
Santa Marta - Magdalena

Confiere a:

Ortega Quintero Geraldine

Con D.I. C.C. No. 1043664979 De Santa Marta

El Título de:

Bachiller Académico

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

Rector (a)

Secretario (a)

Libro 054 Folio 93 Acta 24 Año 2013

Dado en Santa Marta a 30 días de Noviembre de 2013

La República de Colombia y en su nombre la

Institución Educativa Distrital Francisco De Paula Santander

Creada por Decreto 884 de noviembre de 2002 y 978 del 29 de noviembre de 2004

Acta de graduación: 74 Libro: 05V Folio: 93 Registro: 80

En el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta a los Treinta días del mes de noviembre del año 2013, el suscrito Rector y secretaria de la Institución Educativa Distrital Francisco De Paula Santander, se reunieron en la Rectoría con el fin de protocolizar la graduación de los alumnos de último grado de Educación Media. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron sus estudios, se procedió a otorgar el titulo de **BACHILLER ACADÉMICO.**

Apellidos Y Nombres: ORTEGA QUINTERO GERALDINE

Documento: C.C. 1043664979 SANTA MARTA D.T.C.H.

Juan Carlos Vega Posada
C.C. No 72.181.549

Juana Avendaño Jiménez
C.C. N° 36.562.219

Fiel copia del acta de graduación original.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA -SS-
"ASMEMAG"

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0508 y Registro de Programa según Resolución No. 1094, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 00217 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN

AUXILIAR EN ENFERMERÍA A:

Geraldine Ortega Quintero

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 1043664979

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1600 horas.

Dado en Santa Marta, a los 28 días del mes de Abril del año 2017.

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 39 Registro 22 del Libro de Actas 2003

F-CAO-416 V.3

ASMEMAG
Corporación ASMEDAS Magdalena –SS-
Nit: 900258910-0

Acta De Certificación Individual No. 030

En la ciudad de Santa Marta, a los veintiocho (28) días del mes de Abril del año Dos Mil Diecisiete (2017) se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes de los programas de AUXILIAR EN ENFERMERÍA, el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA –SS- "ASMEMAG"**, Institución con licencia de funcionamiento según Resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010 y Registro de Programa según Resolución número 1094 del 12 de Diciembre de 2016, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo número 00217 del 30 de Agosto de 2016 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** al estudiante cuyos nombres, apellidos e identificación se relacionan a continuación:

Geraldine Ortega Quintero

Documento de Identidad No. 1043664979

Es fiel copia del acta original No. 030, de fecha 28 de Abril del año 2017 e inicia con los apellidos y nombres de **AGUIRRE RODRIGUEZ CLAUDIA MERCEDES** y culmina con los apellidos y nombres de **MORALES ORTEGA NISSAR DE JESÚS.**

Firmado y sellado por **MANUEL DEL PRADO BRITO**, Director y **KATERINE GUTIERREZ DAZA**, Secretaria General.

Dado en Santa Marta D.T.C.H., a los veintiocho (28) día del mes de Abril del año Dos Mil Diecisiete (2017).

Firmado y Sellados

MANUEL DEL PRADO BRITO
Director

KATERINE GUTIERREZ DAZA
Secretaria General

República de Colombia
Gobernación Departamento del Magdalena

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
16/6/2017 Folios: 1
Origen: 1012/RPSS/REGISTROS PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD
Destinatario: GERALDINE ORTEGA QUINTERO
E-2017-009838

RESOLUCION No. 47 1104

"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) señor (a) **GERALDINE ORTEGA QUINTERO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,043,664,979, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** del ejercicio de su profesión según Título de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, que le otorgó **LA CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA "SS" ASMEMAG**, según Acta de Grado No. 3488 No. 030 del día 28 de Abril de 2017

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

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **GERALDINE ORTEGA QUINTERO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,043,664,979, expedida en Santa Marta - Magdalena, para ejercer la profesión de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 21

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Piedad De La Hoz Orozco.

Buscar en el menú

Menu ×

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

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.

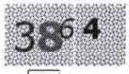
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1043664979

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7609

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-09-08→10:00:25 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	1043664979	ORTEGA	QUINTERO	GERALDINE		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 Nacl Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ORTEGA QUINTERO GERALDINE identificado(a) con CC 1043664979 registi siguiente información:

2023-09-08→10:00:25 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2017-06-20	1104	SECRETARIA DEPARTAMENTA SALUD DEL MAGDALENA

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

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país:
018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso

CIES

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

GERALDINE ORTEGA QUINTERO

Cedula de Ciudadanía N° 1.043.664.979

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: 40 HORAS

Otorgado el 10 de Octubre del 2020

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolivar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Código de verificación: AVVS20965-1266

Consultor Integral En Salud

Por medio de solicitud al correo:
mercadeocies@outlook.com
o escribir al WhatsApp +57 300-8780974
Este Certificado puede ser verificado con el siguiente código

Código de Verificación: AVVS20965-1266

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

ENTHA | EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO

Centro Internacional de Entrenamiento en Emergencias y Urgencias.

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

CERTIFICA QUE

GERALDINE ORTEGA QUINTERO
I.D. N° 1043664979

CURSÓ Y APROBÓ EL

Soporte Vital Cardiopulmonar Básico (BLS) Para Tecnólogos, Técnicos Y Auxiliares En Salud

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capitulo v numeral 8 del ministerio de educación nacional. Bajo los parámetros establecidos por I.L.C.O.R, American Heart Association y European Resuscitation Council 2020-2025 y según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 18 De Marzo De 2022

Con una intensidad horaria de 24 horas academicas

Este Certificado tiene una vigencia de (02) años apartir de su fecha de emisión

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS

REG:
d7263bb153bda20a

enthaltda.com.co

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACÍON S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

GERALDINE ORTEGA QUINTERO

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1043664979

Asistió al Curso de:

SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 29 DÍAS DEL MES DE MARZO DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACÍON S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

GERALDINE ORTEGA QUINTERO

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1043664979

Asistió al Curso de:

MANEJO DEL DOLOR (MD)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE MARZO DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACÍON S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

GERALDINE ORTEGA QUINTERO

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1043664979

Asistió al Curso de:

CUIDADOS PALIATIVOS (CP)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE MARZO DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

República de Colombia

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS DE LA REGION CARIBE

CETTCOR

DEL CARIBE

Formación para el trabajo y desarrollo humano con licencia de funcionamiento según resolución No. 0511 del 23 de Mayo de 2016, Modificada por la Resolución 1123 del 05 de Agosto del 2022 y con registro de Programas según Resolución No. 0590 del 23 de Junio 2016, Resolución No. 1135 de 05 de Agosto del 2022 emanada por la Secretaria de Educación de Santa Marta.

C CONFIERE EL CERTIFICADO LABORAL POR COMPETENCIAS A:

GERALDINE ORTEGA QUINTERO

Identificado(A) con C.C. 1.043.664.979 DE BARRANQUILLA - ATLANTICO

Aprobó los estudios de programados por CETTCOR y cumplió los Requisitos exigidos por los reglamentos internos, le confiere el presente certificado de Actitud Ocupacional por Competencias Laboral en el Curso:

Gestión del Duelo

Dado en Santa Marta - Magdalena, A los 20 días del mes de Diciembre del 2022.

Director **Coordinador**

Powered by CamScanner

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACÍON S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

GERALDINE ORTEGA QUINTERO

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1043664979

Asistió al Curso de:

CUIDADO DEL DONANTE(CD)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE MARZO DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACÍON S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

GERALDINE ORTEGA QUINTERO

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1043664979

Asistió al Curso de:

ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE MARZO DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

UNIVERSIDAD
METROPOLITANA

Certifica Que:

Geraldine Ortega Quintero

C.C. No. 1043664979

Asistió al Diplomado: La Seguridad del Paciente
y la Atención Humanizada, con una intensidad de 92 horas.

Juan José Acosta Ossio
Rector

Yadira Gravini Z.
Yadira Gravini Zapata
Coordinadora de Educación Continua

Breyci Peña
Breycy Peña De la Cruz
Directora de Extensión

Barranquilla, Noviembre 9 de 2019

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

ACREDITADA POR ALTA CALIDAD

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

INFORMA QUE:

GERALDINE ORTEGA QUINTERO

IDENTIFICADO CON C.C.
1043664979

Participó en el

CURSO DE SALUD MENTAL

Con una duración de 40 horas

Dado a los 3 días del mes de Mayo del 2021

Angela Veronica Romero C FCS

Ángela Verónica Romero Cárdenas
Decana de Facultad de Ciencias de la salud

Diana Acosta S.

Diana Patricia Acosta Salazar
Directora de Programa de Enfermería

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche E.S.E.

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

El Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche E.S.E.

CERTIFICA QUE:

GERALDINE ORTEGA QUINTERO

CURSÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN
Socialización Política IAMII

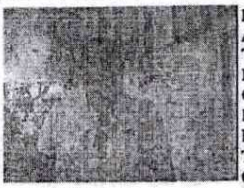
En testimonio de lo anterior, se firma el presente certificado en la ciudad de Santa Marta

Nestor Bastianelli Ramírez
SUBGERENTE CIENTÍFICO

Luis Óscar Galves Mateus
AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

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

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



Fecha: 10/Dic/2020, **Hora:** 04:00:14 p.m.
Apellido: Ortega Quintero **Nombre:** Geraldine **HC:** # 62105
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1043664979 **Edad:** 25 años
Empresa: Particular **Sexo:** Femenino ♀
Cargo: Auxiliar De Enfermeria **Nacim:** 06/Mar/1995
Lugar: **Rh:** A+
Direccion: Cra 33c No 19-19 Santa Lucia
Telefono: **Celular:** 3015398375 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 101 Kg **Estatura:** 169 Cm **IMC:** 35.3 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Colmena **AFP:** Porvenir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

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 Equiposde Proteccion Para Covid 19/
Continuar Con Dieta Y Buenos Habitos Alimenticios
Actividad Fisica Diaria/.

Observaciones

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

Geraldine Ortega Quintero
CC 1043664979

Huella Digital

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **GERALDINE ORTEGA QUINTERO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.043.664.979** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"**, los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **1520** de fecha 27 de Julio de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 27 al 31 de Julio de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
2. No. **1524** de fecha 01 de Agosto de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Agosto al 31 de Agosto de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
3. No. **1852** de fecha 04 de Septiembre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Septiembre al de Septiembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
4. No. **2982** de fecha 09 de Octubre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de Octubre al 30 de Noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
5. **ADICION Y PRORROGA** No. 001 de la orden de prestación de servicio No. **2982** de fecha 29 de Noviembre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de al 31 de Diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
6. No. **443** de fecha 04 de Enero de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Enero al 30 Junio de 2018, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
7. No. **1439** de fecha 03 de Julio de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Julio al 30 de Septiembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
8. No. **2145** de fecha 01 de Octubre de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
9. No. **181** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Enero hasta el 30 de Junio de 2019, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).
10. No. **1518** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
11. No. **2048** de fecha 01 de Noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).
12. No. **761** de fecha 02 de Enero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril 2020, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
13. No. **1435** de fecha 01 de Mayo de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio 2020, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).

VIGILADO Supersalud

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

14. No. **2076** de fecha 01 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
15. No. **3056** de fecha 01 de Octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
16. No. **617** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
17. No. **1051** de fecha 01 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
18. No. **2068** de fecha 01 de Julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de septiembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
19. No. **3255** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
20. No. **243** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2022, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
21. No. **1995** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de abril 2022, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
22. No. **2183** de fecha 01 de mayo de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de mayo al 31 de julio 2022, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
23. No. **2506** de fecha 02 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de NUEVE MILLONES DE PESOS ($9.000.000).
24. No. **690** de fecha 02 de Enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 11 de Enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
25. No. **2939** de fecha 16 de junio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 16 de junio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($6.300.000).

VIGILADO Supersalud

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** PARA TODA LA POBLACION USUARIA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los dieciocho (18) días del mes de julio de 2023.

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

ELABORÓ: RONALDO A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1043664979 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 08/09/2023 11:36 AM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

SERVICIOS MEDICOS

OLIMPUS IPS. S.A.S.

NIT. 900.032.723-8

BARRANQUILLA
Calle 70 Cra. 51 Esquina
Tels Oficina: 60 (5) 340 3000 Ext. 100-101
Cel: 317 427 4228 - 317 442 9430
E-mail: [illegible]

CARTAGENA
Bocagrande Calle 8A No. 3A-68
Centro Medico Bocagrande
Tel: 664 4664 - 667 Cel: 317 427 4223

MAGANGUE
Calle 10 A No 10 A - 142
Sector Puente Nuevo
Cel: 3004180560 - 3008174422

SANTA MARTA
Carrera 5 # 29B - 23
Barrio los Angeles
Cel: 317 427 4230

CLAVE: b6d7

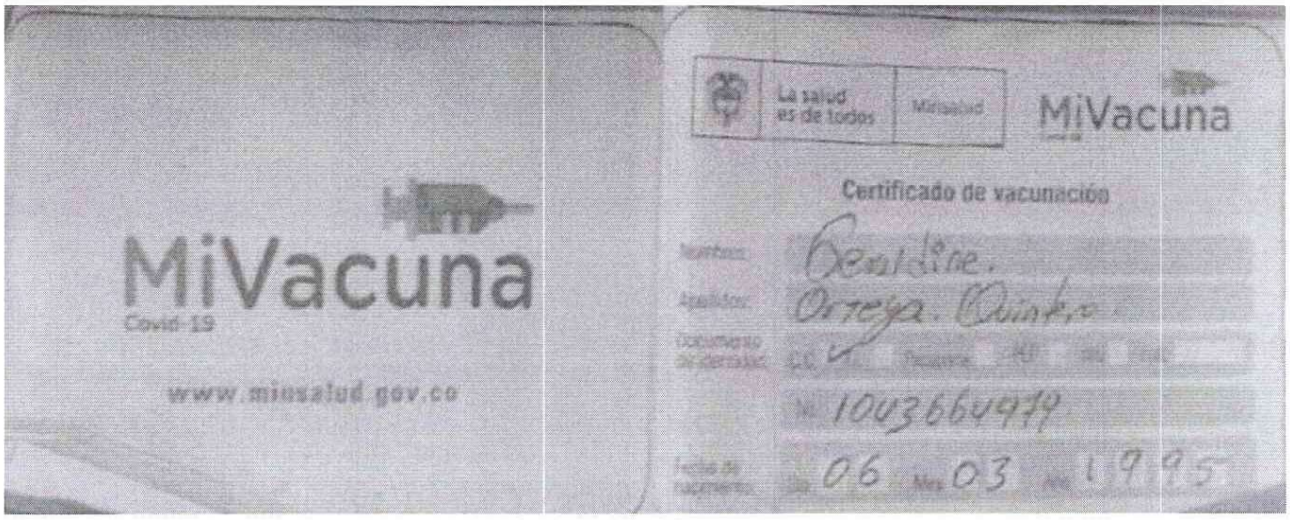
Nombre: ORTEGA QUINTERO GERALDINE
Identificación: CC 1063654979 Sexo: F
Fecha Nacimiento: 05-04-1995 Tel: 3015392375
Medico: MEDICOS VARIOS
Servicio: CONSULTA EXTERNA

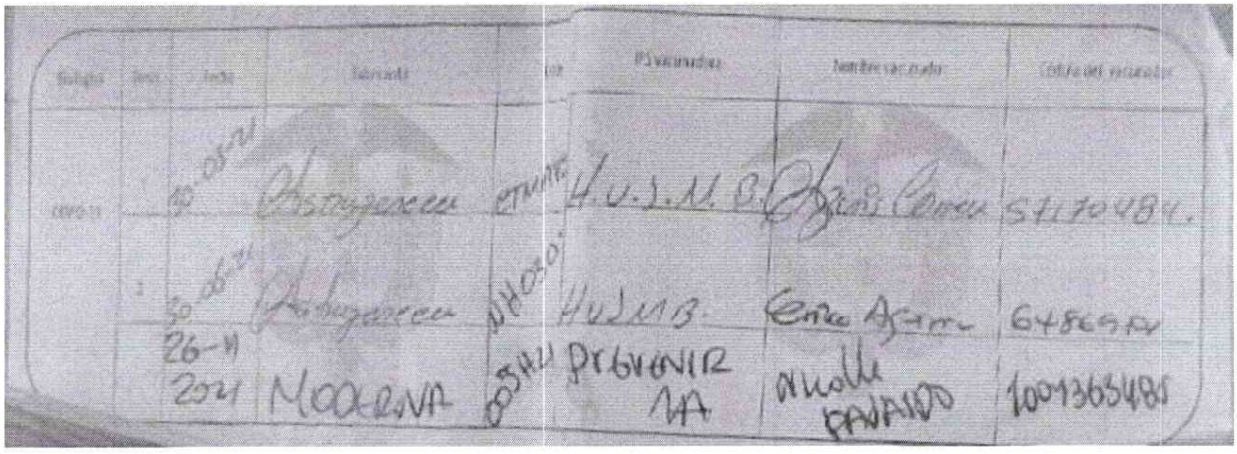
Fecha de recepción: 16-mar-2023 08:26 a. m. 3160697
Fecha de Impresión:
Empresa: PARTICULAR STA Y
Sede: SANTA MARTA

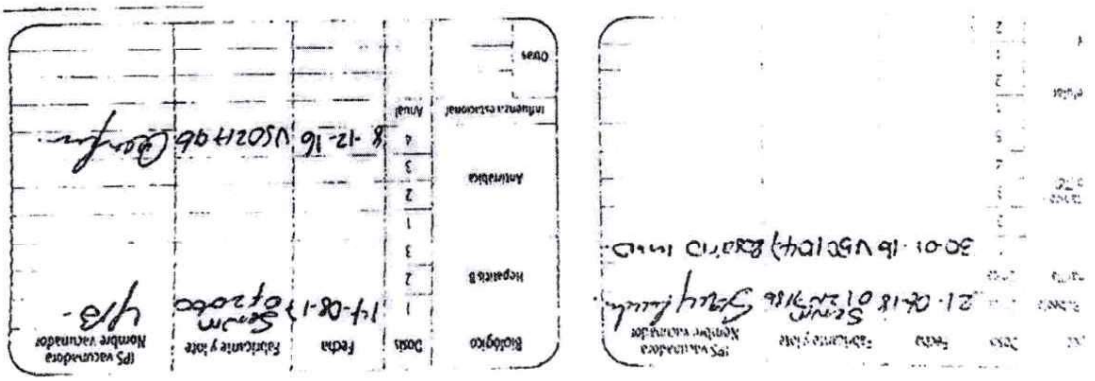
Preliminar

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
Hepatitis B ANTECUERPOS S (ANTI-HBs) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO **Método: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA** REACTIVO: MAYOR DE 10.00 UI/L NO REACTIVO: MENOR DE 10.00 UI/L	1.21	UI/L	

Karen Cantillo
DRA. KAREN CANTILLO.


MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co
La salud es de todos
Minsalud
MiVacuna
Certificado de vacunación
Nombres: Geraldine.
Apellidos: Ortega. Quintero.
Documento de identidad: C.C.
No. 1003664979
Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 03 Año 1995


Dosis
Fecha
Vacunado
IPS vacunadora
Nombre vacunador
Código del vacunador
30-04-21
Astrazeneca
ETAPA
H.U.J.M.B.
S11048
30-06-21
Astrazeneca
AHORA
HUJMB
Erika Acosta
64856
26-M
2021
MODERNA
BOOSTER
PFIZER
ANULLE
FANNED
1001363485



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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Geraldine Ortega D.

Apellidos:

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1'043.664.979

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 06 Año 1995

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	2023-02-13 14:09

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GERALDINE		ORTEGA	QUINTERO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1043664979

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	ATLANTICO	Municipio	CAMPO DE LA CRUZ

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	$18.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$300.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Powered by CamScanner

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

Powered by CamScanner

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

Powered by CamScanner

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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 1043664979
NOMBRES Y APELLIDOS	Ortega Quintero,Geraldine
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ortega Quintero,Geraldine , a los 09 días del mes de septiembre del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GERALDINE ORTEGA QUINTERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.043.664.979**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL PSIQUIATRIA Y REHABILITACIÓN	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos GERALDINE ORTEGA QUINTERO												Sexo		
												M	F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1,043,664,979	SANTA MARTA	15/05/2013

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X							X		0			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
0	3	1995	BARRANQUILLA	CARRERA 33 C No 19-19 BARRIOS SANTA LUCIA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
geryfly95@gmail.com	3015398375	4361705

Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				X	8	6	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxiliar Enfermería	Actividades de hospitales y clínicas, con internación

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
E.S.E HOSPITAL UNIVER JULIO MENDEZ B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR ENFERMERÍA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 15 No 23-42	SANTA MARTA	LIS ALCÁZARES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $1,800,000			Total Egresos mensules $1,700,000				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos $5,000,000			Total Pasivos $200,000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2022	Es declarante?	SI		NO	X

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

HONORARIOS

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:
___HONORARIOS_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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

Geraldine Ortega Quintero

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento