E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, **KATERINE LOPEZ JIMENEZ**, Identificado con Cédula No. **1080425211** y Profesión **auxiliar 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: Katerine Jakeline Lopez

	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://siji.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/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.425.211

LOPEZ JIMENEZ

APELLIDOS

KATERINE JAKELINE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1989

CIENAGA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

13-MAY-2008 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00086844-F-1080425211-20081002 0004000347A 2 28811514

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1080425211**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1080425211	LOPEZ	JIMENEZ	KATERINE	PAOLA	2022-12-12, 3:40 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) **KATERINE LOPEZ JIMENEZ** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1080425211** expedida en **Bogota DC**, 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 31 del mes de octubre de 2023.

Firma Katerine Jakeline Lopez
Nombre **KATERINE LOPEZ JIMENEZ**
Cédula **1080425211**

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

aumentar el contraste | UTC -5 12:05:47 | katherine jakelin...

Buscar | mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

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

editar

información del usuario



Género	Mujer
Carga	
título	Sra.
Nombre	katherine jakeline
Apellidos	LÓPEZ JIMENEZ
Fecha de nacimiento	27/10/1989 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	KATHERINE JAKELINE LÓPEZ JIMENEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
numero de documento	1080425211
direccion	
codigo postal	
Estrato	2
Ubicación	santamarta
pais	COLOMBIA
Correo electrónico	samaralopez1823@gmail.com

Santa Marta, octubre de 2023.

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

Cordial saludo,

En atención a su invitación me permito presentar a la oferta de servicios como auxiliar de enfermería para ejercer funciones en todas las áreas referentes a mi profesión la cual contiene.

OBJETO: presentar al **hospital universitario julio Méndez barreneche** los servicios como **auxiliar de enfermería** para ejercer funciones en el área de la salud en el departamento del magdalena

Agradeciendo su colaboración.

Cordialmente,

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ
CC 1.080.425.211
Cel. 302.209.8948

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14804709541

(415)7707212489984(8020) 000001480470954 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 0 4 2 5 2 1 1	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 0 4 2 5 2 1 1	2 0 0 8 0 5 1 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	JIMENEZ	KATERINE	JAKELINE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 27 B 3 C 61 BRR VILLA DEL RIO

42. Correo electrónico: katherinelopezjimenez23@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 01 - 06 / 14 : 15: 52

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 HIDALGO PALACIO MARIA LUISA
985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
Lopez	Jimenez	Katherine Jakeline

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1080425211	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 27 MES 10 AÑO 1989	CALLE 23 - 64 31 SANTA ANA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	CIÉNAGA	TELÉFONO		EMAIL	kjlopezjimenez@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	2009
										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	3	X		ENFERMERIA	12	2021	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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 BIEN (**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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AREA ASISTENCIAL	CARRERA 14 - 23 42 ALCAZARES

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	0	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	11

FORMATO COMPLETO

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 X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA - OCTUBRE DE 2023

Katerine Jakeline Lopez

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

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 7200

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 6:00 p.m. del día 21 de Diciembre de 2021, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

A:

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ

Doc. Identidad: 1.080.425.211, Expedido en: Bogotá D.C. (Cund.)

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico y se registra en el folio No. 264 del Libro de Actas No. 003.

RECTORA
ALEXA DIAZGRANADOS PEREA

SECRETARIA
ANA K. AVENDAÑO GUTIERREZ

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Isaac J. Pereira

de Ciénaga (Magdalena), con Licencia de Funcionamiento según Decreto N° 328 del 13 de Noviembre de 2009 expedida por la Secretaría de Educación Municipal.

Confiere a:

KATERINE JAKELINE LÓPEZ JIMÉNEZ

Identificada con C.C.1080.425.211 Expedida en Ciénaga - Magdalena

El Título De

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los logros correspondientes al Nivel de Educación Media Académica determinada por nuestro Proyecto Educativo Institucional acorde con lo dispuesto en la Ley 115 de 8 de febrero de 1994 y el Decreto 0230 de 11 de febrero de 2002.

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto N°. 921 de 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 de 5 de Diciembre de 1995.

Doris Meriño de Bolaño
Rectora

Irma R. Cortés Gordillo
Secretaria

Dado en Ciénaga, a los 3 días del mes de Diciembre del 2009

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 7200

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 6:00 p.m. del dia 21 de Diciembre de 2021, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

A:

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ

Doc. Identidad: 1.080.425.211, Expedido en: Bogotá D.C. (Cund.)

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico y se registra en el folio No. 264 del Libro de Actas No. 003.

RECTORA
ALEXA DIAZGRANADOS PEREA

SECRETARIA
ANA K. AVENDAÑO GUTIERREZ

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ

Con Cedula de Ciudadanía No. 1.080.425.211

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCIÓN AL CLIENTE

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los veintiseis (26) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
Subdirector
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

17723601 - 26/12/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900660970CC1080425211C

REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.080.425.511

Cursó y aprobó la acción de Formación

BÁSICO SALUD OCUPACIONAL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Santa Marta a los veintisiete (27) días del mes de octubre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
JAIRO ALFREDO TAMARIS CONTRERAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JAIRO ALFREDO TAMARIS CONTRERAS
SUBDIRECTOR
CENTRO AGRICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE SANTA MARTA REGIONAL MAGDALENA

24808321 - 27/10/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 911800871234CC1080425511C

REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.030.935.211

Curso y aprobó la acción de Formación

ATENCIÓN Y SERVICIO AL CLIENTE

con una duración de 80 horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Santa Marta, a los veintitres (23) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

17714990 - 27/12/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electronico que se encuentra en la pagina web http verificado.sena.edu.co bajo el numero 9530006511490C10804352110



REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1 080 425 511

Curso y aprobó la acción de Formacion

EJECUTAR EL SERVICIO CON EL CLIENTE

con una duracion de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los veintiseis (26) dias del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
Subdirector
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

177716798 - 26/12/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co bajo el numero 95380069857ZCC1080425211C

REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.080.425.211

Curso y aprobó la acción de Formación

CRM: ADMINISTRACION DE RELACIONES CON LOS CLIENTES.

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los veintisiete (27) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por:
CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
Subdirector
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

17417640 24/12/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9579000642883CC1080425211C

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
FECHA Folios: NROFOLIOS
Origen: ORIGHEN
Destinatario: DHESTIN@TARYO
R@QTKADO

RESOLUCIÓN No. 47 - 0077 DE 18 ENE 2022

0320

Por la cual se registra un titulo
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) **KATERINE JAKELINE LÓPEZ JIMÉNEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,080,425,211, expedida en Bogota D.C, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, el cual le fue otorgado por LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS, con Acta de Certificados No. 7200 del 21 de diciembre de 2021.

Que con la solicitud el (la) señor (a) KATERINE JAKELINE LÓPEZ JIMÉNEZ presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el (la) señor (a) KATERINE JAKELINE LÓPEZ JIMÉNEZ cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del articulo 6.3 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta y funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano y se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **KATERINE JAKELINE LÓPEZ JIMÉNEZ,** identificado (a) con Cédula de Ciudadania No. 1,080,425,211, expedida en Bogota D.C, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 18 ENE 2022

DIANA ESTHER CELEDÓN SANCHEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	Piedad De La Hoz Orozco.	Profesional Universitario.	
Elaboró	José J. Rivera Ramos.	Técnico en Salud.	

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presentamos para su firma.

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.



Cambiar

4062

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-02-11→8:00:17 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1080425211	KATERINE	JAKELINE	LOPEZ	JIMENEZ	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) KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ identificado(a) con CC 1080425211 registra La siguiente información:

2023-02-11→8:00:17 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora	La información dispuesta se encuentra en
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2022-01-18	470017	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA	

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).

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Katerine Jakeline Lopez Jiménez

CC: 1080425211

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Basados en el marco de la resolución, N° 0459 de 2012 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **17** del mes de **Enero** del **2022** con una intensidad de 80 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Medico General
Coordinador Científico Quirón
Tecnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ

C.C. 1,080,425,211

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)"

"REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 22 DE OCTUBRE DEL 2021
DURACIÓN 20 HORAS.
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)
PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

KAREN LOBO NARVAEZ.
DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
LINEA NACIONAL: 310 7451759

DRA. ANA CATALINA HERRERA
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLO
RM No. 1020721546

FECHA DE RENOVACION OCTUBRE 2023

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
Nit: 900.386.743-5

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL
GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
Y LA DIRECCION CIENTIFICA
Otorgan la presente

CONSTANCIA A:

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ
C.C. 1,080,425,211

Por su participación como asistente del curso taller de:

"SOPORTE VITAL BÁSICO "BLS"
ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA
NIVEL BÁSICO "20 HORAS"

Entregado en la ciudad de Santa Marta (Magdalena)
El día 22 de Octubre del 2021

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas)
Temario: Anatomía, fisiología y electrofisiología básica del corazón y la vía aérea. Atragantamiento OVACE (obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño), Desovase (desobstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño) con paciente consciente e inconsciente, Técnicas y maniobras que salvan vidas. Abordaje al paciente con paro respiratorio, Abordaje al paciente con paro cardio respiratorio del lactante, del niño y el adulto con uno y dos reanimadores, Ritmos de paro y enfoque en la reanimación, Manejo del DEA (desfibrilador externo automático), Cadena de la sobrevida y nemotecnia C A B D de la reanimación, técnicas de ventilación segun el escenario
Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardio pulmonar guías 2020, de acuerdo lo que exige la resolución 3100/2019 para el personal del equipo de salud.
LICENCIA No 4461 de 29/04/2011

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Director Científico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No 20511/05
Instructor BLS-ACLS GCE

Oficina Nacional: 310 745 1759
Gestión Nacional: 311 2842525
Bogotá D.C.: Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Chapinero Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Barranquilla: Cra. 58 No. 70-129 Centro Médico Chicago
Oficina 409 Tel: (5) 3608191- 3462125
E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com

"Lo bueno del grupo es estar en el"

grupocolombianodeemergencias
@grupocolombiano
www.gce.life

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Verificación:

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ

c.c. 1.080.425.211 de Bogotá D.C.

Realizó y aprobó el curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

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

Fecha de emisión: 2021-06-25
Fecha de vencimiento: 2023-06-25

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ

C.C.1,080,425,211

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 22 DE OCTUBRE DE 2021

DURACIÓN 08 HORAS.

TEMARIO: PROTOCOLO PARA RESPONDER ANTE EMERGENCIAS, PRIMER RESPONDIENTE A INCIDENTES CON SUSTANCIAS Y/O AGENTES QUÍMICOS, VALORACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA PARA INCIDENTES CON ATAQUES QUÍMICOS, SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN CON SUSTANCIAS PELIGROSAS, MANEJO DE LAS 10 SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE CONSTITUYEN UNA PREOCUPACIÓN PARA LA SALUD PUBLICA SEGÚN LA OMS, ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS, PROTOCOLO DE SEGURIDAD Y BIOSEGURIDAD EN EL MANEJO DE VICTIMA POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, ATENCIÓN VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA MÉDICA.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No 4461 de 29/04/2011.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

FECHA RENOVACION MARZO 2023

Cel. 3107451759

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!

LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270

LINEA NACIONAL 3107451759

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 11/Ene/2022, **Hora:** 02:50:02 p.m.
Apellido: Lopez Jimenez **Nombre:** Katerine Jakeline
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1080425211
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Cra 28 No 24-61 Villa Del Rio
Telefono: **Celular:** 3022098948 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 62 Kg **Estatura:** 152 Cm **IMC:** 26.8 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

HC: # 68450
Edad: 32 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 27/Oct/1989
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Realizar Pausa Activas
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

.

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

Katerin

Katerine Jakeline Lopez Jimenez
CC 1080425211

Santa Marta 29 de Diciembre 2021

HACE CONSTAR

Que la señorita KATERINE JACKELIN LOPEZ JIMENEZ Identificada con Cedula de Ciudadanía Nº 1.080.425.211 realizo en nuestra Institución sus Prácticas Formativas, en el área de AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 01 de Noviembre hasta el 15 de Noviembre del 2021 y luego desde 05 Diciembre hasta el 15 de diciembre del 2021. En las áreas de Urgencias y Rehabilitación

Se expide el siguiente certificado a solicitud del interesado el día veintinueve (29) del mes de Diciembre del 2021

Atentamente

FARIDE SANTIAGO ALVARADO
Administradora

Avenida del Libertador No 15-61 Tel Fax 4215937 - 4351565
Insecar1561@hotmail.com
Santa Marta

Santa Marta 29 de Diciembre 2021

HACE CONSTAR

Que la señorita KATERINE JACKELIN LOPEZ JIMENEZ Identificada con Cedula de Ciudadania Nº 1.080.425.211 realizo en nuestra Institución sus Prácticas Formativas, en el área de AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 01 de Noviembre hasta el 15 de Noviembre del 2021 y luego desde 05 Diciembre hasta el 16 de diciembre del 2021 En las áreas de Urgencias y Rehabilitación

Se expide el siguiente certificado a solicitud del interesado el dia veintinueve (29) del mes de Diciembre del 2021

Atentamente

FARIDE SANTIAGO ALVARADO
Administradora

Avenida del Libertador No 15-01 Tel Fax 4215937 - 4351565
Santa Marta

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 1080425211 **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 14/09/2023 10:59 AM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificado de Vacunación

Institución: CAJAMAG

Nombre: KATHERINE lopez Jimen

Identificación: _____ Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HeB	2	7-10-2021	UFA20003	laudan

Secretaría de Salud Municipal

Certificado de Vacunación

Institución: Cayama9

Nombre: Katerine Jakelina Lopez Juarez

Identificación: 1080425211 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hep B	1	07-02-[illegible]	17002	[signature]

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: katherine Jakeline
Apellidos: Lopez Jimenez
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cual?
No 1.080.425.211
Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 10 Año 1989

16-02-21

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	25/02/21	PFizer	CY05-86	Casalud	Silvana Correa	36722337
	2	18-03-21	Pfizer	FT6695	Casalud ESE	Yenisec Leal	1143702886

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-17 12:11

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KATERINE	JAKELINE	LOPEZ	JIMENEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1080425211

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	CIÉNAGA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$10.500.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$10.500.000,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Bogotá, Noviembre / 01 de 2023

Señor (a): KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ
CC. 1080425211
CL 23 64 31 SANTA ANA
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Junio / 6 de 2022 , y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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:

KATERINE JAKELINE LOPEZ JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.080.425.211**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Noviembre 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.

HJMB 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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos														Sexo			
Katerine Lopez Jimenez														M		F	X
Tipo de Documento									Número			Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1.080.425.211			Santa M					
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo					No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		2	Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento		
DD	MM	AA	27 1989			KR9 28 NUMERO 2461						santa marta			Magdalena		
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono		
Katherinelopez1MEN223@gmail.com												3022098948					
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU					
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado									
Detalle Actividad Económica						Descripción del CIIU											

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
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	
Dirección de empresa o negocio	Ciudad			Barrio			No. Teléfono	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?					SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules			
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales			
Total Activos			Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO

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?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

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:

_____ 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

5. FIRMA Y HUELLA

Katerine Lopez

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