REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

57.464.300

NUMERO

EBRAY OSPINO

APELLIDOS

HEIDY MARCELA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1985

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

20-JUN-2003 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO



0000404042A 02 1514925[illegible]

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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**, Heidy Marcela Ebrat Ospino, Identificado con Cédula No. 57464300 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: Heidy M. Ebrat Ospino

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	X	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**		
12	Certificado de antecedentes **ETICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual**).		X
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	X	
15	Tarjeta Profesional		X
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		X
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	X	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
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)		X
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*.		X
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*)	X	
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.*		X
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***).	X	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
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)**	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. **REDAM** Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	X	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES** — 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**)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57464300**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57464300	EBRAT	OSPINO	HEIDY	MARCELA	2022-07-19, 7:20 am

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	57464300	EBRAT	OSPINO	HEIDY	MARCELA	2023-12-04, 3:38 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO identificado con C.C./C.E./P.P No. 57464300 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 05 del mes de DICIEMBRE de 2023.

Firma Heidy M. Ebrat Ospino
Nombre Heidy Ebrat Ospino
Cédula 57464300

COPIA CONTROLADA

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

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.11424463
Número del contrato	CD20233549
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	5/10/2023 10:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	26 días para terminar *(31/12/2023 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	3 Meses
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(●) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	( ) Sí (●) No
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (●) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (●) No
Reversión	( ) Sí (●) No

Entidad Estatal

Santa Marta Diciembre de 2023.

Dr. German G. Vargas Mosquera.
Gerente HUJMB

Asunto: Propuesta de servicio.

Cordial Saludo.

A solicitud de la entidad de salud yo Heidy Marcela Ebrat Ospino
Documento: 54464300 de Santa Marta
Correo: heidyebratt4@gmail.com
Celular: 3238110817
Dirección: Manzana 31 Casa 1 Urb el Parque

Solicito a usted e manera respetuosa concederme la oportunidad de ingresar como Auxiliar de Enfermería, para prestar mis servicios como profesional en la atención hospitalaria, ambulatoria y alta complejidad de la población usuaria del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Espero reunir los requisitos necesarios para ocupar el cargo dentro de esta importante empresa de salud. Gracias.

Atentamente,

Heidy M. Ebrat Ospino
Heidy M. Ebrat Ospino
54464300 Santa Marta

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14476411667

(415)7707212489984(8020) 000001447641166 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 6 4 3 0 0	3	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 7 4 6 4 3 0 0	2 0 0 3 0 6 0 7

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
EBRAT	OSPINO	HEIDY	MARCELA

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: MZ 31 CA 11 URB EL PARQUE

42. Correo electrónico: ebrattheidy@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 8 1 2 7 0 9 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2018 - 08 - 06

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MONTES LABORDE DIANA ELISA

985. Cargo Facilitador III

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
Ebrat	Ospino	Heidy Marcela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 57464300 | 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 07 MES 03 AÑO 1985

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CONCORDIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

manzana 31 casa #11 urbanizacion el parque

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL heidyebratt4@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	2000

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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

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

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD		*DEPENDENCIA* AREA CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - #23-42 alcazeres					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD		*DEPENDENCIA* AREA CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 2#23-42 alcazeres					

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	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	5

Powered by CamScanner

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 Sta Marta. 2023/12/05

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

21

Hoja de vida

Heidy Marcela Ebrat Ospino

C.C. N° 57.464.300 de Santa Marta
Cel.: 3218127097

La República de Colombia y en su nombre

EL

Liceo Mixto del Pando

DE SANTA MARTA - MAGDALENA

Aprobado por resolución No. 800 del 30 de Noviembre del 2000
de la Secretaría de Educación Distrital

CONFIERE A:

HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO

Identificado con T.I. No. 52398 de STA MTA

El Titulo de

BACHILLER ACADEMICO

Con Profundización en Ciencias Naturales

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

Rector

Secretaria

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Heidy Marcela Ebrat Ospino

C.C. N° 57.464.300 de Santa Marta
Cel.: 3218127097

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 0835

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 8:00 a.m del día 18 de Diciembre de 2015, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

A:

HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO
Doc. Identidad: 57.464.300, Expedido en: Santa Marta (Magd.)

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. 025 del Libro de Actas No. 003.

DIRECTOR ACADEMICO
ALEXA DIAZGRANADOS PEREA

SECRETARIA
ANA K. AVENDAÑO GUTIERREZ

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

32

Heidy Marcela Ebrat Ospino

Hoja de vida

C.C. N° 57.464.300 de Santa Marta
Cel.: 3218127097

CETECOS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

LA SECRETARIA DE EDUCACION DISTRITAL DE SANTA MARTA Y
LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

CETECOS

Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Con licencia de funcionamiento según resolución No. 1407 del 28 de Noviembre de 2008 y con registro de programa según resolución
No. 0475 de Agosto 26 de 2015 emanada de la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta y acuerdo
No. 0018 de Mayo 19 de 2015 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN

Auxiliar en Enfermería

A

HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO

Documento de Identidad 57 464 300 de Santa Marta (Magd.)

Por haber cursado y aprobado el programa de: Auxiliar en Enfermería
con una intensidad total de 1800 horas.

Dado en Santa Marta a los 15 días del mes de Diciembre de 2015

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No 026 Registro 0035 del Libro de Actas 003

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

19

Gobernación del Magdalena

República de Colombia
Gobernación Departamento del Magdalena

MAGDALENA SOCIAL

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
22/6/2017 Folios: 1
Origen: 1012/RPSS/REGISTROS PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD
Destinatario: HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO
E-2017-009942

RESOLUCION No. 47 1139

"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) **HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 57,464,300, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** del ejercicio de su profesión según Titulo de **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, que le otorgó **LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS,** según Acta de Grado No. 3496 No. 0835 del día 18 de Diciembre de 2015

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 **HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 57,464,300, expedida en Santa Marta - Magdalena, para ejercer la profesión de **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: 29 JUN 2017

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Piedad De La Hoz Orozco.

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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 *: 57464300

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1436

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-05→1:44:17 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57464300	EBRAT	OSPINO	HEIDY	MARCELA	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) EBRAT OSPINO HEIDY MARCELA identificado(a) con CC 57464300 registra La siguiente información:

2023-12-05→1:44:17 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	2017-06-29	1139	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

Gescons

CERTIFICADO DE ASISTENCIA G0128356 -57464300

HEIDY MARCELA EBRATT OSPINO

C.C. No. 57464300

CURSO-TALLER

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Cumplió Satisfactoriamente los Requisitos Académicos, Legales y Reglamentarios del Curso Teórico - Práctico Realizado en el Mes de Agosto de 2020 con una intensidad de Cuarenta **(40)** Horas

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT 900[illegible]444-9 matriculado con el 1098 avalado por la FEDERACIÓN MEDICA COLOMBIANA NIT 860[illegible]806 podrá ser validado a través del código de verificación

LUIS FELIPE SALDARRIAGA ARGUELLO
Representante Legal de GESCONSAS

Dr. SERGIO ISAZA VILLA
Presidente Federación Médica Colombiana

Bello-Antioquia-Colombia 08 de Agosto de 2020
http://www.federacionmedicacolombiana.com

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO

Con Cédula de Ciudadania No. 57464300

Participó en la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los trece (13) dias del mes de diciembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO

Subdirector (E)

CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENAREGIONAL MAGDALENA

6907947 - 13/12/2022

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 952900260686CC57464300C.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educacion !

Formacion para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento segun resolucion No. 525 del 04 de noviembre de 1999
y con registro de programa segun resolucion No. 0859 del 09 de junio de 2011, emanada de la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta
y Acuerdo No. 0020 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud

Teniendo en cuenta que

HEIDY MARCELA EBRATT OSPINO

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 57.464.300

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

Manejo y Administracion Segura de Medicamentos

Con una intensidad total de 12 horas, virtuales.

Dado en Santa Marta, a los 05 Dias del mes de Marzo del 2021.

Director INSALUD

Coordinador

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 57.464.300

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

GESTIÓN DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 15-09-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 15-09-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.4.1 EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT 901613467-3
GENFUTCOL

TATIANA SIERRA
DOCENTE

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 57.464.300

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 15-09-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 15-09-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.4.1 EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT [illegible]-3
GENFUTCOL

TATIANA UMBE
DOCENTE

Powered by CamScanner

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso



Fecha: 16/Dic/2021, **Hora:** 09:17:54 a.m.
Apellido: Ebrat Ospino **Nombre:** Heidy Marcela **HC:** # 68272
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 57464300 **Edad:** 36 años
Empresa: Particular **Sexo:** Femenino
Cargo: Tecnico Auxiliar En Enfermeria **Nacim:** 07/Mar/1985
Direccion: Mz 31 Casa 11 El Parque **Rh:** O+
Telefono: **Celular:** 3218127097 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 72 Kg **Estatura:** 159 Cm **IMC:** 28.4 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sin Definir **ARL:** Sin Definir **AFP:** Sin Definir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad
.
Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/
Dieta Balanceada
Mejorar Habitos Alimenticios.

Observaciones

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

Heidy Marcela Ebrat Ospino
CC 57464300

Calle 21 N° 14-33 Barrio Alcázares Email: alsomltda@hotmail.com Tel: 4354299 – 4361998 - 32175511(

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL
ALEJANDRO MAESTRE SIERRA
trabajamos para usted...

LA SUSCRITA JEFE DE DESARROLLO HUMANO DE LA E S E HOSPITAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA, DE ARIGUANI –MAGDALENA, EN ATENCION A LAS FACULTADES LEGALES Y ESTATUTARIAS

CERTIFICA:

Que la Señorita: HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO, con cédula de ciudadanía No.57.464.300 expedida en SANTA MARTA, TIENE EXPERIENCIA LABORAL EN EL CARGO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA, HOSPITALIZACION, Y TRASLADO DE PACIENTES A PARTIR DEL DIA 01 DE MAYO DE 2016 HASTA EL DIA 01 DE MAYO DE 2017, en esta Institución Hospitalaria.

Para mayor constancia se firma está a parte interesada a los 06 días del mes de Julio de 2018

Atentamente,

ELENA MEZA BATISTA
JEFE DE DESARROLLO HUMANO

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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 57464300 **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 04/12/2023 11:27 AM

Código Verificación: **ENUXPZBKGC**

Válida hasta: **03/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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: Heidy.
Apellidos: Ebrat Ospino
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 57464300
Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 03 Año 198 5

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	22-6-18	35 [illegible]	[illegible]
Fiebre Amarilla	Única	07-08-17	1506C	[illegible]
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	04-01-19	CUA 14014	[illegible]
	2	2002-19	CUA M014	[illegible]
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20-5-2020	U500220006	[illegible]
Otras	Hepk Dtvo	U	05-09-18	L13H409A6 [illegible]

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5	15-10-14	044L1015E	
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	4	15/10/14	K5051	
Contra Influenza	1	30/9/14	1910501	
Virus de Papiloma Humano				

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Heidy Marcela

Apellidos: Ebratt Ospina

Documento de Identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 57464303

Fecha de Nacimiento: Día 07 Mes 03 Año 1985

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-16 21:42

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
HEIDY	MARCELA	EBRATT	OSPINO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57464300

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

Powered by CamScanner

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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:

Powered by CamScanner

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 [ ]

Powered by CamScanner

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de 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

Powered by CamScanner

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:

Powered by CamScanner

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 57464300
NOMBRES Y APELLIDOS	Ebrat Ospino, Heidy Marcela
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ebrat Ospino, Jeidy Marcela , a los 04 días del mes de diciembre del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **EBRAT OSPINO HEIDY MARCELA** identificado(a) con **CC** número **57.464.300** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de julio de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023120411093

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO** con **CC** No. **57464300**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/09/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIAR ENFERMERIA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230102270459.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

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 DE ENFERMERIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos HEIDY MARCELA EBRAT OSPINO				Sexo			
				M		F	X

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		57464300	SANTA MARTA	20/06/2003

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		3			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
07	02	1985	SANTA MARTA	MANZANA 31 CASA 11 URB EL PARQUE	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
heidyebrat4@gmail.com	31442337186	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUX ILI AR DE EN FER ME RIA	ACT IVIDA D DE APO YO TER APE UTIC O

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
H U J M B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIA DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 N 24-42	SANTA MARTA	ALZACAREZ	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1,800,000			Total Egresos mensules 1,800,000				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos 1,800, 000			Total Pasivos 1,800,000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2023	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:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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 barreneche S.A.

Heidy M. Ebrat Ospino



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