HJMB
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,** Deyobeth Ortiz Diaz, Identificado con Cédula No. 1079928852 y Profesión Aux de Enfermeria **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Deyobeth Ortiz

	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/	✓	



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.079.938.852

OROZCO DIAZ

APELLIDOS

DAGOBERTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1996
EL PIÑON
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

13-MAY-2014 PIVIJAY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-2100100-00991551-M-1079938852-20180403 0060598591A 2 4414863023

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1079938852**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1079938852	OROZCO	DIAZ	DAGOBERTO	NO TENGO	2022-03-09, 11:35 am

HJMB Julio Méndez BARRENECHE

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS

CODIGO: GJC18F
VERSION: 02
FECHA DE ULTIMA REVISION: 07/09/2021
PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) Dayoberto Ortiz Diaz identificado con C.C./C.E./P.P No. 1079938852 expedida en Piv. Sta, 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.

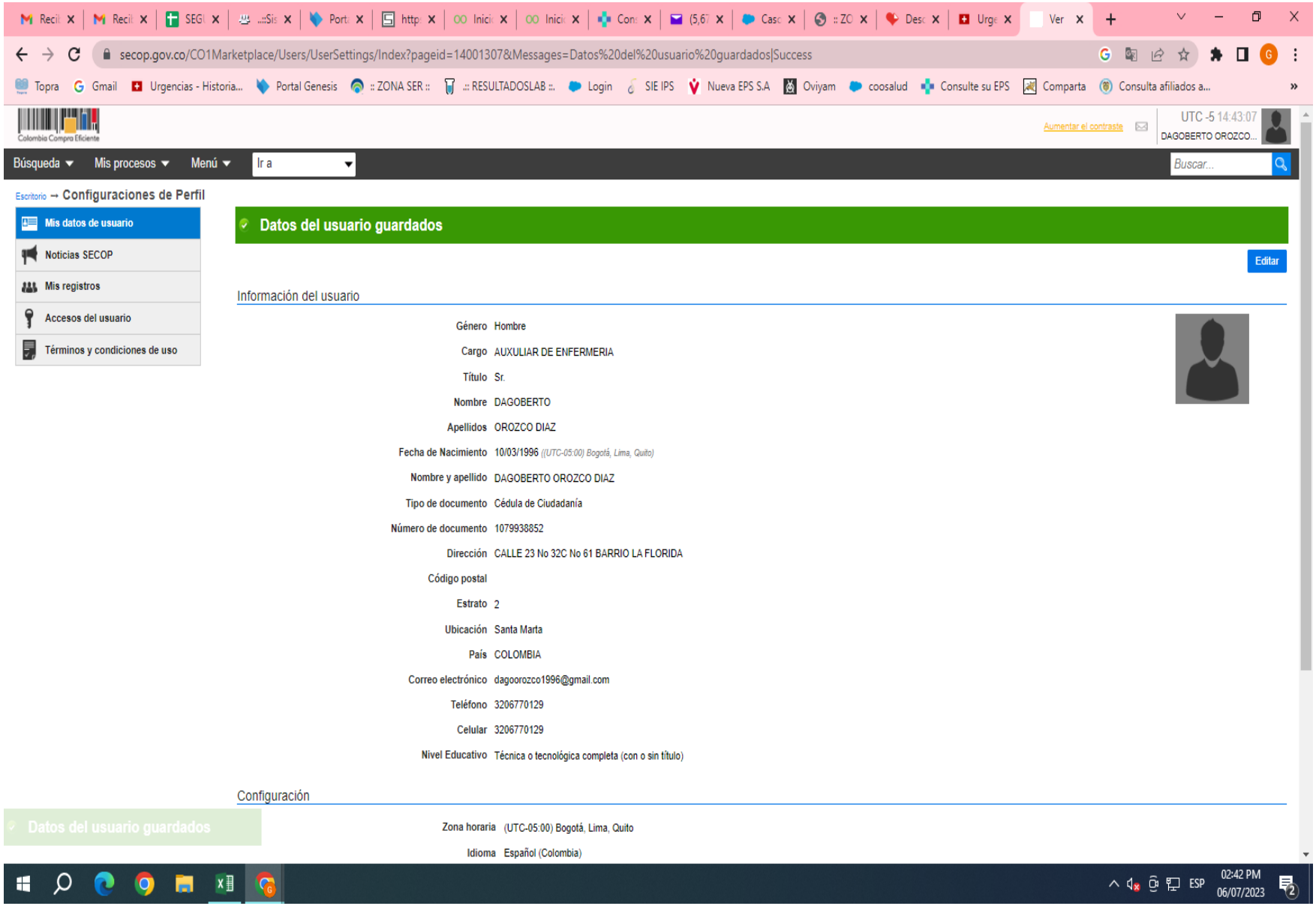
Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.huimb.gov.co, 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 07 del mes de diciembre de 2023

Firma Dayoberto Ortiz
Nombre Dayoberto Ortiz Diaz
Cédula 1079938852

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner


secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados|Success
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 14:43:07
DAGOBERTO OROZCO...
Búsqueda
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
Datos del usuario guardados
Editar
Información del usuario
Género Hombre
Cargo AUXULIAR DE ENFERMERIA
Título Sr.
Nombre DAGOBERTO
Apellidos OROZCO DIAZ
Fecha de Nacimiento 10/03/1996 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido DAGOBERTO OROZCO DIAZ
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1079938852
Dirección CALLE 23 No 32C No 61 BARRIO LA FLORIDA
Código postal
Estrato 2
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico dagoorozco1996@gmail.com
Teléfono 3206770129
Celular 3206770129
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Configuración
Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Datos del usuario guardados
ESP
02:42 PM
06/07/2023

Santa Marta, DICIEMBRE 2023

DOCTOR:

German Gaviria Vargas Mosquera
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Fernando Troconis

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, YO **DAGOBERTO OROZCO DÍAZ** identificado con la C.C. **1.079.938.852** de **SANTA MARTA**, le solicito a usted me permita ingresar como **AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** dentro del área asignada teniendo en cuanta mis capacidades, espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

CORREO: dagobertoorozco1966@gmail.com
DIRECCIÓN: Calle 23 # 32c – 61 La Florida
TELEFONO: 3206770129

ATENTAMENTE,

Dagoberto Orozco.
DAGOBERTO OROZCO DIAZ
CC: **1.079.938.852** de SANTA MARTA

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor DAGOBERTO OROZCO DIAZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1079938852, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	DAGOBERTO
Segundo Nombre:	
Primer Apellido:	OROZCO
Segundo Apellido:	DIAZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1079938852
Clase Libreta Militar:	Primera Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 9 días del mes de Marzo de 2022, a las 5:12:29 PM.

Cordialmente,

TC. JOHN EDUARD PAEZ CHINONES
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14793452505

(415)7707212489984(8020) 000001479345250 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 7 9 9 3 8 8 5 2	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	1 0 7 9 9 3 8 8 5 2	2 0 1 4 0 5 1 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Pivijay 5 5 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OROZCO	DIAZ	DAGOBERTO	

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: CL 23 32 C 61 BRR LA FLORIDA

42. Correo electrónico: dagocbn@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 6 7 7 0 1 2 9	3 1 3 5 6 3 7 4 1 2

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 9 0 8 2 1							

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
4 9																									

53. Código: 49 - No responsable de IVA

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 10 - 19 / 19 : 16: 21

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 OROZCO DIAZ DAGOBERTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Orozco	Diaz	Dagoberto

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1079938852	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 1079938852 D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 10 MES 03 AÑO 1996	CALLE 23 32C 61 BARRIO LA FLORIDA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	EL PIÑÓN	TELÉFONO	4305573	EMAIL	dagoorozco1996@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	06	AÑO	2013
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	07	2019	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AMBULANCIA Y URGENCIAS						*DIRECCIÓN* Carrera 14 No. 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	1	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	7

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO 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 07 - 12 - 2023 SANTA MARTA

DAGOBERTO OROZCO DIAZ

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

República de Colombia

La

Institución Educativa Departamental De Carreto

Institución Oficial Aprobada Mediante Decreto N° 356 del 03 de Octubre de 2002
Emanado por la Secretaría de Educación Departamental
Preescolar – Básica Primaria, Básica Secundaria y Media de 0° a 11°
Nit. 819003903 – DANE: 247258S000001

Confiere a:

Dagoberto Orozco Díaz

T.I. No. 96031023880 de El Piñón – Magdalena

El Título de:

Bachiller Académico

Con énfasis en ciencias naturales y medio ambiente

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media académica, según los planes y programas vigentes del Proyecto Educativo Institucional

Rectora

Secretaria

Anotado al folio 21 del libro de Registro No. 01

REPÚBLICA DE COLOMBIA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL DE CARRETO

Aprobado mediante decreto 356 del 3 de octubre de 2002

DANE: 247258000001

NIT: 819003903-0

Email: inedecmag@gmail.com Celular: 3135121827

ACTA DE GRADO

En el Corregimiento de Carreto Magdalena a los 20 días del mes de Junio del 2013, atendiendo a lo dispuesto en el numeral del artículo 24 del decreto 1860 del 3 de agosto de 1994, se reunieron con el fin de formalizar la graduación del alumno del último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa Departamental De Carreto, modalidad académica, Institución aprobada hasta grado once en el nivel de educación media y autorizada por la Secretaría De Educación Departamental, para otorgar el título de bachiller en la modalidad académica, según decreto Nº 356 del 3 de Octubre del 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de bachiller académico al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación.

Nº	*Nombre*
254	*DAGOBERTO OROZCO DIAZ*

Documento de identidad T. I. Nº 96031023880 De El Piñón Magdalena

Acta original Nº 014 de fecha Junio 20 del 2013, que consta de 1 alumno graduado, comienza con el nombre de Dagoberto Orozco Díaz y se cierra con el nombre de Dagoberto Orozco Díaz.

Firmado por Elsa Esther Castañeda De La Cruz Rectora y Laura Orozco Florez Secretaria

Dada en Carreto Magdalena a los 20 días del mes de Junio del 2013.

En constancia se firma la presente por quien en ella intervino en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 11 del decreto 1860 del 3 de agosto de 1994.

República de Colombia

La Corporación Bolivariana del Norte

Personería Jurídica No. 197 de 1995 - Gobernación del Magdalena

Certifica que

Dagoberto Orozco Diaz

C.C. 1079938852 -Pivijay

Aprobó sus estudios y cumplió con todos los requisitos legales e institucionales para recibir el presente Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias que lo acredita como Técnico Laboral en

Auxiliar en Enfermería

En testimonio de lo expuesto se expide en Santa Marta, Magdalena, a los 6 días del mes de julio de 2019

Rector

Secretario General

Director Académico

Registrado en el Folio No. 6612 del Libro de Actas No. 10 Fecha 06/07/2019

ACTA DE GRADO 10-6612-19

EL SUSCRITO RECTOR DE LA
CORPORACIÓN BOLIVARIANA DEL NORTE

CERTIFICA

Que: El Consejo Directivo en su sesión del día veintiocho (28) de junio del dos mil diecinueve (2019), en cumplimiento de lo establecido en los artículos 42 y 90 de la Ley 115 de 1994, en el Artículo 2 de la Ley 1064 de 2006 y en el Decreto 1075 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que: **DAGOBERTO OROZCO DIAZ**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1079938852 expedida en Pivijay, cumplió con todos los requisitos legales e institucionales para la culminación satisfactoria de sus estudios,

RESUELVE

Otorgarle el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
que lo acredita como Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Intensidad 1800 horas

En nombre y representación de la Corporación Bolivariana del Norte y previo juramento de rigor, en solemne ceremonia de grado, el Rector hizo entrega del Diploma correspondiente, registrado en el Libro de Actas de Grado N° 10, Folio N° 6612.

En testimonio de lo anterior se firma la presente en el Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, el día seis (6) de julio del dos mil diecinueve (2019).

CARLOS QUINTERO LOZANO
Rector

República de Colombia
Gobernación del Magdalena

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
22/7/2019 Folios: 1
Origen: 1012/RPSS/REGISTROS PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD
Destinatario: DAGOBERTO ORTIZ IBAÑEZ
E-2019-012390

RESOLUCIÓN Nro. 47 230

Por la cual se registra un titulo
LA SECRETARIA 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) **DAGOBERTO OROZCO DIAZ** identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 1,079,938,852, expedida Pivijay-Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** según, CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por LA CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE - CBN, con Acta de Grado No. 10-6612-19 del 06 de Julio de 2019.

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **DAGOBERTO OROZCO DIAZ,** identificado (a) con Cedula de Ciudadania No. 1,079,938,852, expedida en Pivijay-Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

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

ANSELMO HOYOS FRANCO
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó. Martha Vásquez M.

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1079938852	DAGOBERTO		OROZCO	DIAZ	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) DAGOBERTO OROZCO DIAZ identificado(a) con CC 1079938852 registra la siguiente información:

2023-05-14 10:05:08 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-07-23	472303	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).

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Dagoberto Orozco Díaz

CC 1079938852 de Pivijay - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque dif
- Código Fucsia / Sentencia C-055-2022
con un total de 80 Horas.

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

Fecha de emisión: 2022-12-12
Fecha de vencimiento: 2024-12-12

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
Desarrollo Humano
Docente Especialist

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Dagoberto Orozco Díaz

CC 1079938852 de Pivijay - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS) con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-12
Fecha de vencimiento: 2024-12-10

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
Desarrollo Humano
Docente Especialist

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Dagoberto Orozco Díaz

CC 1079938852 de Pivijay - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-08-01
Fecha de vencimiento: 2024-08-01

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
Desarrollo Humano
Docente Especialist

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Dagoberto Orozco Díaz

CC 1079938852 de Pivijay - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Quín
Decreto 1033 de 2014.
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-08-01
Fecha de vencimiento: 2024-08-01

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
Desarrollo Humanc
Docente Especialist

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

No CUENTA:602710

TIPO CERTIFICACION				
1. INGRESO [X]	2. PERIODICO [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACION [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 10/03/2022	EMPRESA: PARTICULARES SO	
NOMBRE: DAGOBERTO OROZCO DIAZ	DOC. IDENTIDAD: CC 1079938852	
CARGO: AUXILIAR	EDAD: 26 AÑOS	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE INGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR APTO	[X]	[ ]
2. APTO PARA EL REQUERIMIENTO DEL CARGO DE LA EMPRESA O CONTRATISTA	[X]	[ ]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [ ]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [ ]	7. OTROS [ ]

REMISIONES SI [ ] NO [X]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [ ] NO [X]

-FOMENTAR HaBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES CON eNFASIS EN AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS DIARIAS Y USO DE EPP PROPIOS A CARGO

-SE RECOMIENDA MANTENER TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD GENERALES Y ESPECIFICAS SEGÚN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONóMICO, EN ATENCIÓN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA PANDEMIA ACTUAL POR SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID-19

NO PRESENTA MORBILIDAD PREEXISTENTE QUE PUEDA AGRAVAR POR UNA INFECCION POR COVID-19 A LA FECHA, SEGÚN CIRCULAR EXTERNA 30 DEL 8 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE TRABAJO.

SE SUGIERE SEGUIR LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES ESTABLECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO Y SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y PROPAGACION DEL COVID 19 TALES CON EL USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS COMPLETA Y CONSTANTE, VESTIMENTA ADECUADA ENTRE OTRAS MEDIDAS.

Jesus Corzzo Sierra
MEDICO
C.C. 1.082.906.610
Reg 44687/2014
150 1844

JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA
CC 1082906610
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 1082906610
RS. 1082906610

Dagoberto . O

DAGOBERTO OROZCO DIAZ
CC 1079938852
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD


CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA
CARRERA 5 N 26B-23 3187117423
Email: saludocupacional@olimpuslab.com

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en el archivo de la entidad, se encontró que el señor **DAGOBERTO OROZCO DIAZ**, identificado con cedula de Ciudadanía No. **1.079.938.852** expedida en Pivijay (Magdalena), presta los servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** de la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE". desde el 07 de abril de 2022, mediante la modalidad de contratos de prestación de servicios, con una consignación mensual de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1.800.000).

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los dos (02) días del mes de junio de 2023.

KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALDA GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

VIGILADO Supersalud

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 1079938852 **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 10:35 AM

Código Verificación: **KRS3M72Q9U**

Válida hasta: **03/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
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	09/03/22	OFX20008	Belleps M
	2	09/03/22		
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

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: Daqoberto

Apellidos: Orozco Diaz

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1079938852

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 03 Año 1996

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	OTRO	Fecha de publicación	2023-12-04 21:56

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DAGOBERTO		OROZCO	DIAZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1079938852

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	EL PIÑÓN

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	TÉCNICO AREA SALUD

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	$1.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$8,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$1.200.008,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA CORRIENTE	COLOMBIA	$0,00
CUENTA CORRIENTE	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

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:

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que OROZCO DIAZ DAGOBERTO identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1079938852 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-1079938852
NOMBRES Y APELLIDOS:	OROZCO DIAZ DAGOBERTO
TIPO DE AFILIADO:	COTIZANTE
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	01/01/2021
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
NIVEL:	1
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	SANTA MARTA / MAGDALENA

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generacion: 04/12/2023
Codigo de verificacion: AFCS202200000523202
Generado por: gustavo.caballero

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DAGOBERTO OROZCO DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.079.938.852**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos. DAGOBERTO OROZCO DIAZ															Sexo			
															M	X	F	

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1079,938,852	PIVIJAY	13/05/2014

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
10	3	1996	EL PIÑON	MANZANA 5 CASA 195 CIUDAD EQUIDAD	SANTA MARTA	MEGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
DAGOOROZCO1996@GMAIL.COM	3206770129	

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

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
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
KRA 14 NUMERO 14-42 ALCAZARES	SANTA MARTA	ALCAZARES	

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 1,800,000			Total Egresos mensules . 1,500,000				
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? NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO

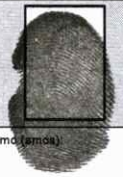
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: NO

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.



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