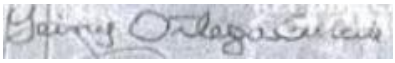
En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, **YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA Identificado** con Cédula No 36668768 y Profesión **AUXILIAR EN ENFERMERIA AUTORIZO** que el**HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: 

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	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**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
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**)	X	
12	Certificado de antecedentes **ETICO 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**)	X	
15	Tarjeta Profesional		
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**)		
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).**		
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 **GESTION 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.*		
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).**		
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 **DECLARACION 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	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.668.768
ORTEGA GARCIA

APELLIDOS
YEINY JOHANNA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1976
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-ABR-1995 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00390635-F-0036668768-20120731 0030081742A 1 4691954205

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36668768**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36668768	ORTEGA	GARCIA	YEINY	JOHANNA	2023-06-06, 1:56 pm

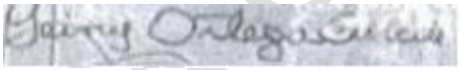
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	36668768	ORTEGA	GARCIA	YEINY	JOHANNA	2023-06-07, 9:02 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) **YEINI JOHANNA ORTEGA GARCIA** identificado con**C.C./C.E./PP. No.** **36668768** expedida en **SANTA MARTA** autorizo libre,expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados enla Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de laRepública, **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___del mes de diciembre de 2023.



Firma
Nombre **YEINI JOHANNA ORTEGA GARCIA**
Cédula 36668768

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.10999410
Número del contrato	CD20232193
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	3/07/2023 8:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	21 días para terminar *(30/09/2023 12:00:00 PM(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

Compradores / Proveedores

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

Compradores / Proveedores

YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA *Fecha de aprobación:* 3/07/2023 3:20:25 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA *Fecha de aprobación:* 3/07/2023 7:45:04 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_5122979_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_5122979_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación régimen especial
Unidad de contratación	Grupo de contratación SECOP II
Proceso de Contratación	contrato de perestacion de servicios y apoyo a la gestion
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	5.400.000,00 COP

Santa Marta, DICIEMBRE 2023

DOCTOR:

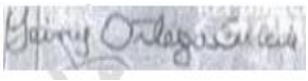
German Gaviria Vargas Mosquera
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Fernando Troconis

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, YO **YEINI JOHANNA ORTEGA GARCIA** identificado con la C.C. **36.668.768** de **SANTA MARTA**, le solicito a usted me permita ingresar como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** dentro del área asignada teniendo en cuanta mis capacidades, espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

CORREO: yeiniortega27@gmail.com
DIRECCIÓN: Calle 6 cra 14 -38 Pradito
TELEFONO: 3008726089

ATENTAMENTE,



YEINI JOHANNA ORTEGA GARCIA
CC: **36.668.768 de** SANTA MARTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14712761350

(415)7707212489984(8020) 000001471276135 0

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

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
ORTEGA	GARCIA	YEINY	JOHANNA

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 P CA 298 BLV LA DIESINUEVE

42. Correo electrónico: yeiniortega27@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 8 0 1 2 6						4 1 2 3	

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

Obligados aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 2020 - 09 - 24 / 09 : 24: 09

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ORTEGA GARCIA YEINY JOHANNA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 08-09-2023 02:01:04PM

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
Ortega	Garcia	Yeiny Johanna

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36668768 | 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 27 MES 10 AÑO 1976

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

- Calle 6A No. 14-38 Barrio el Pradito

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: yeiniortega27@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	1996
										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	6	X		TECNOLOGIA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD	07	2004	N/A
PREGRADO	4	X		ENFERMERIA	06	2000	

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 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	20	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA - SENA REGIONAL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4215908	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2018	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* BIENESTAR AL APRENDIZ						*DIRECCIÓN* Km 6 vía Gaira					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS SANTA MARTA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4212818	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	12	*Año*	2016	*Día*	20	*Mes*	01	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN PLA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 T 22 34					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBSANAR SALUD IPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4216071	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* AV LIBERTADOR NRO. 16D - 49					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7200083	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	11	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	01	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* calle 6 vía a la punta					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

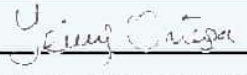
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	3

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

EN CONSORCIO CON

LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

CONFIERE EL TÍTULO DE

TECNÓLOGO EN ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A

Yeiny Johanna Ortega García

C.C. No. 36568 768 Expedida en Santa Marta (Magd.)

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Santa Marta, a los 26 días del mes de septiembre de 2008

EL RECTOR DE
LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

EL RECTOR DE
LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

EL SECRETARIO GENERAL DE

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡Un Nuevo concepto en Educación!

APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD SEGUN ACUERDO 040 y
RESOLUCIÓN 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 DASED

Teniendo en cuenta que:

YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.668.768 de Santa Marta, Magdalena

Aprobó los estudios programados por INSALUD y Cumplió los Requisitos exigidos por los Reglamentos internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional Técnica en:

Auxiliar de Enfermería

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita
Dado en Santa Marta al 23 días del mes de Diciembre de 2008

Como Notario Tercera de Sete Cámara hago constar que esta FOTOCOPIA coincide con su original que he tenido a la vista.

22 JUL 2009

ROSA VICTORIA DAZA
NOTARIA
SANTA MARTA

1

REPUBLICA DE COLOMBIA

COLEGIO NACIONAL "LICEO CELEDON"

Santa - Marta
Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resoluciones Nos. 1480 del 20 de Noviembre de 1941 para la Jornada Diurna y Resolución No. 7752 del 9 de Mayo de 1979 para la Jornada Nocturna

Acta de Grado

En la ciudad de **SANTA MARTA** a los 15 días del mes de DICIEMBRE del año de 1995 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del **COLEGIO NACIONAL LICEO CELEDON** modalidad **ACADEMICO** institución aprobada hasta **NUEVA VISITA** en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad **ACADEMICO**, según Resolución (es) Número (s) 1480 de noviembre 20 de 1941 en la Jornada Diurna y 7752 del 9 de Mayo de 1979 Jornada Nocturna.

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

No. NOMBRE

ORTEGA GARCIA YEINY JOHANNA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. 36'668,768 Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 06 *de fecha* DICIEMBRE 15 DE 1995

que consta de 107 alumnos graduados, comienza con el nombre de ACOSTA BLANCA ISABEL y se cierra con el nombre de ZAGARRA YEJAS ALFREDO DE JESUS

firmado y sellado por TOMAS ARAGON MENDEZ (Rector) y ALICIA FUENTES JURADO (Secretario)

Dada en **SANTA MARTA** a los 15 días del mes de DICIEMBRE de 19 95

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Firmado y Sellado

TOMAS ARAGON MENDEZ
El Rector o Director (a)
c.c. No. 9.129.318 DE MAGANGUE (BOL.)

ALICIA FUENTES JURADO
El Secretario (a)
c. c. No. 36.521.951 DE SANTA MARTA

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 9234
"Por la cual se registra un título"
EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA, identificado (a) con C.C. No. 36.668.768 expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para ejercer según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por la **CORPORACIÓN EDUCATIVA INSALUD,** Santa Marta - Magdalena, según Acta No. 28 del día 23 de Diciembre de 2008.
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 YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA, identificado (a) con C.C. No. 36.668.768, expedida en Santa Marta - Magdalena, para ejercer como AUXILIAR DE ENFERMERÍA en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 30 SET. 2009

CESAR ROVIRA AVENDAÑO
Secretario de Salud del Magdalena

Elaborado y Revisado por: MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ
Profesional Especializado - Área de Calidad en Salud

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

Resultado General -2023-09-08→4:02:49 PM

CC	36668768	YEINY	JOHANA	ORTEGA	GARCIA	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) YEINY JOHANA ORTEGA GARCIA identificado(a) con CC 36668768 registra La siguiente información:

2023-09-08→4:02:49 PM

Información Académica

AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2009-09-30	9234	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).

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

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

Teniendo en cuenta que:

YEINY JONANNA ORTEGA GARCIA

Identificado(A) con C.C. 36.668.768 DE SANTA MARTA - MAGDALENA

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

Victima y Violencia

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita
Dado en Santa Marta, a los 29 días del mes de Enero del 2023.

Director

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD Un Nuevo Concepto en Educación

Coordinador

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

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

Teniendo en cuenta que

YEINY JONANNA ORTEGA GARCIA

Identificado(A) con C.C. 36.668.768 DE SANTA MARTA - MAGDALENA

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

Reanimacion Cardiopurmonal RCP

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita
Dado en Santa Marta, a los 23 días del mes de Enero del 2023.

Director

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD Un Nuevo Concepto en Educación!

Coordinador

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

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

Teniendo en cuenta que:

YEINY JONANNA ORTEGA GARCIA

Identificado(A) con C.C. 36.668.768 DE SANTA MARTA - MAGDALENA

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

Atención integral para la Gestión de Duelo

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita
Dado en Santa Marta, a los 25 días del mes de Enero del 2023.

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD

Director

Coordinador

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

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

Teniendo en cuenta que

YEINY JONANNA ORTEGA GARCIA

Identificado(A) con C.C. 36.668.768 DE SANTA MARTA - MAGDALENA

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

Atencion a Personas Victimas de Ataque con Agentes Quimicos

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita
Dado en Santa Marta, a los 31 días del mes de Enero del 2023.

Director

CORPORACION EDUCATIVA INSALUD Un Nuevo Concepto en Educación

Coordinador

LABORATORIO CLÍNICO MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 05/06/2023

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA
Responsable: El mismo paciente
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Edad: 46
Estado civil: Soltero
Teléfono: 3008726089
N° hijos: 2
EPS: Cajacopi Eps

Empresa en misión:
Identificación: CC: 366687768
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 27/10/1976
Genero: Femenino
Escolaridad: Tecnología
Dirección: Magdalena, Santa marta,
ARL:
AFP: Porvenir S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

- *Usar adecuadamente los elementos de protección personal.*
- *Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.*
- *Adecuada higiene postural.*
- *Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.*
- *Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.*
- *Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.*

Recomendaciones especificas

Destinatario: Empleado
Permanente: No
Fecha inicial:
Fecha final:
Duración:

Recomendación:

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS DE BASE POR EPS.

NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

Yeiny Johanna Ortega

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584

Aspirante o trabajador
YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA
Identificación: CC. [redacted]

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR DEL CENTRO ACUÍCOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA REGIONAL MAGDALENA

HACE CONSTAR

Que el (la) señor(a) **YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 36.668.768 de Santa Marta, celebró con **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**, el (los) siguiente(s) contrato(s) de prestación de servicios personales regulados por la Ley 80 de 1993 (Estatuto General de Contratación de la Administración Pública), modificada por la Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y sus demás decretos o normas reglamentarias, como se describe a continuación:

Número y Fecha del Contrato: 436 DEL 26 DE ENERO DE 2018.

Objeto: "Prestación de servicios de apoyo a la gestión en las actividades consistentes en la promoción y prevención de la salud física y mental de los Aprendices en el Centro Acuícola y Agroindustrial de Gaira del SENA Regional Magdalena."

Plazo: "Diez (10) meses y Quince (15) días, sin exceder la presente vigencia presupuestal y empezará a contarse a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución indicados en este contrato".

Inicio de Ejecución: 01 DE FEBRERO 2018.

Fecha de Terminación de Contrato: 15 DE DICIEMBRE DE 2018.

Valor total del contrato: "El valor total del presente contrato es máximo de VEINTE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS ($20.273.799)".

Obligaciones específicas: "a) Brindar los primeros auxilios ante las novedades que se presenten al personal integrante de la comunidad educativa. b) Hacer uso adecuado y racional de los equipos médico — quirúrgicos. c) Realizar actividades de promoción y prevención de salud física y mental, tipo campañas y/o charlas informativas y de sensibilización al interior del Centro. d) Desarrollar actividades que fortalezcan y promuevan hábitos de vida saludable en los aprendices. e) Llevar el registro de atención a usuarios debidamente diligenciado. f) Realizar seguimiento en salud ocupacional de los aprendices. g) Apoyar a los demás profesionales del área de bienestar al aprendiz en las actividades que se lleven a cabo para mejora de las condiciones físicas y emocionales de los aprendices. h) Cumplir cabal y oportunamente con las obligaciones frente al Sistema General de Salud, Pensiones y Riesgos Laborales que se especifican en la minuta del contrato a suscribir. i) Todas las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual".

Se expide a solicitud del interesado(a), de acuerdo con la información registrada en el sistema ON BASE del SENA, a los 17 días del mes de diciembre de 2018.

BICHARA JOSÉ ZABLEH HASBUN
Subdirector (E) Centro Acuícola y Agroindustrial
de Gaira - Regional Magdalena

Proyectó: Yoleida castaño

Revisó: Viviana Villalba

Certificado No. SC-CER330681

Certificado No. CO-SC-CER330681

CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS
SANTA MARTA

Oficio CBV-240118-J547

EL DPTO DE RECURSOS HUMANOS DEL CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE SANTA MARTA

CERTIFICA QUE:

YEINY JOHANNA ORTEGA GARCÍA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 36668768, laboró en esta institución mediante contrato de trabajo a término fijo desde el 21 de diciembre de 2016 hasta el 20 de enero de 2017 en el cargo de Auxiliar de Enfermería en servicio especial de playas, con una asignación mensual de Setecientos Treinta y Siete Mil Setecientos Diecisiete Pesos M/L, ($737.717)

Se expide la siguiente certificación a petición del interesado(a), a los veinticuatro (24) días del mes de enero de 2018.

Atentamente,

YHON JAIRO LÓPEZ G.
Coord. Recursos Humanos

LA JEFE DE RECURSOS HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

CERTIFICA:

Que una vez verificados los registros correspondientes al señora: **YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 36.668.768 expedida en Santa Marta (Magdalena), Realizo a cabalidad su periodo de **PRACTICAS COMO AUXILIAR AREA DE LA SALUD GRADO 4 CODIGO 412** en la **Empresa Social del Estado Hospital Santa Teresa de Jesús de Ávila** desde el 02 de Noviembre al 30 de Diciembre del año 2011 y del 04 al 30 de Enero de 2012.

Que la señora: **YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA**, cumplió a cabalidad con sus labores asignadas, desempeñándose con responsabilidad.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado, a los (30) días del mes de Enero de 2012.

ESTRELLA CORONADO MORA
Profesional Universitario
Con funciones de Jefe de Talento Humano

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 9234
"Por la cual se registra un título"
EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA, identificado (a) con C.C. No. 36.668.768 expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para ejercer según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por la **CORPORACIÓN EDUCATIVA INSALUD,** Santa Marta - Magdalena, según Acta No. 28 del día 23 de Diciembre de 2008.
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 YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA, identificado (a) con C.C. No. 36.668.768, expedida en Santa Marta - Magdalena, para ejercer como AUXILIAR DE ENFERMERÍA en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 30 SET 2009

CESAR ROVIRA AVENDAÑO
Secretario de Salud del Magdalena

Elaborado y Revisado por: MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ
Profesional Especializado - Área de Calidad en Salud

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

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 36668768 **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 03:15 PM

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	15-Feb-21	AHABB349	Viviane C
	2	15-Feb-22	1439024	Viviane C
	3	15-Feb-23	AHBB344	Viviane C
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	15-Feb-22	0906471	Viviane C
Otras		15-Feb-23	05021808	Viviane C

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: YEINY JOHANNA

Apellidos: ORTEGA GARCIA

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36.668.768

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 10 Año 1976

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-06-13 22:02

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YEIMY	JOHANA	ORTEGA	GARCIA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36668768

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	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	$1.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.500.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que ORTEGA GARCIA YEINY JOHANNA identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 36668768 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-36668768
NOMBRES Y APELLIDOS:	ORTEGA GARCIA YEINY JOHANNA
TIPO DE AFILIADO:	CABEZA DE FAMILIA
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	01/09/2021
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	SUBSIDIADO
NIVEL:	1
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	SANTA MARTA / MAGDALENA

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generacion: 04/12/2023
Codigo de verificacion: AFAF202200000523547
Generado por: usuweb

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

Línea nacional: 018000111446
Correo: contacto@cajacopieps.com
www.cajacopieps.com

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:

YEINY JOHANA ORTEGA GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.668.768** se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 04 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

.912

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 estáacumulando 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	Sexo			
YEINY JOHANNA ORTEGA GARCIA	M		F	

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36668768	SANTA MARTA	3/04/1995

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X							X		2			X	X	

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
27	10	1979	SANTA MARTA	CALLE 6A # 14-38	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
yeiniortega27@gmail.com	3008726089	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado							

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
	SANTA MARTA	ALCAZARES	

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1,615,000	Total Egresos mensules	1,900,000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	12	Año	2022	Es declarante?	SI		NO	X

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

DE MI EMPLEO

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. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los





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