HUJMB
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Mendez
BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ULTIMA REVISION: 20/01/2023
PAGINA 1 DE 6

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Milagro de Jesus Montes Moreno Identificado con Cédula No. 57303345 y Profesión Auxiliar de Enfermeria **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Milagro Montes Moreno

	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/**		

Powered by CamScanner





Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57303345**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57303345	MONTERO	MORENO	MILAGRO	DE JESUS	2022-07-19, 11:06 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Powered by CamScanner

El (la) suscrito(a) **MILAGRO DE JESUS MONTERO MORENO** identificado con C.C./C.E./P.P No. **57.303.345** expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta de
Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 01 del mes de Diciembre de 2023.

Firma *Milagro Montero Moreno*
Nombre **MILAGRO DE JESUS MONTERO MORENO**
Cédula **57.303.345**

COPIA CONTROLADA

secop.gov.co/CO1Marketpl

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

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	MILAGRO DE JESUS MONTERO MORENO
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	mjmm-1971@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3014127712
Nivel Educativo	

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	aquilino moreno
SMS para recuperar la contraseña	3014127712

Editar

Powered by CamScanner

SANTA MARTA, Enero 2024

Dr.
GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

Ref. Propuesta de servicios

Cordial saludo

A solicitud de su respetada institución **MILAGRO DE JESUS MONTERO MORENO** identificado con cedula de ciudadanía N° **57.303.345** de **Santa Marta**, le solicito a usted me permita ingresar como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el área de HOSPITALIZACION, en la cual reúno los requisitos y experiencia para tal cargo dentro de la institución.

Atentamente,

Milagro Montero Moreno

MILAGRO DE JESUS MONTERO MORENO
CC. 57.303.345
Dir: MZA D1 CRA 14 URB CURINCA
Cel: 3014127712
Email: mjmm-1971@hotmail.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14495467477

(415)7707212489984(8020) 000001449546747 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 7 3 0 3 3 4 5	1 9 9 1 0 2 2 7

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
MONTERO	MORENO	MILAGRO	DE JESUS

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 D 1 CA 14 URB CURINCA

42. Correo electrónico: mjmm-1971@hotmail.com

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

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 6 9 2	2 0 1 3 1 2 2 4					5 1 3 2	

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																			

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: 2018 - 12 - 27

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:

964. Nombre: VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON
965. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 15-06-2023 04:11:11 PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Montero	Moreno	Milagro de Jesus

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57303345 | 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 19 MES 03 AÑO 1971

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: REMOLINO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Mz D1 Cs 14 CASA CURINCA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: mjmm-1971@hotmail.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	1998
										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	0	X			11	1995	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 09	Mes: 11	Año: 2011				Día:	Mes:	Año:			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: CIRUGIA						DIRECCIÓN: CALLE 23 # 14 ESQUINA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: REDCARIBE C.T.A			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3689786	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 02	Mes: 01	Año: 2011				Día: 27	Mes: 10	Año: 2011			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: CIRUGIA						DIRECCIÓN: CARRERA 50 75 20					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: SERVIEFECTIVOS C.T.A			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3602525	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 03	Mes: 05	Año: 2010				Día: 30	Mes: 09	Año: 2010			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA:						DIRECCIÓN: CARRERA 59 75 110					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: SORY C.E.U			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3560275	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 04	Mes: 05	Año: 2007				Día: 04	Mes: 08	Año: 2008			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA:						DIRECCIÓN: CALLE 76 42 79					

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES- EN LIQUIDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	12	*Año*	1996	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CALLE 36 CARRERA 44						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	1996	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	13	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	15	11

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 Horta.

Hilagro Montero H.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

Liceo Superior del Atlántico

BARRANQUILLA

Acta de Grado

En la ciudad de Barranquilla a los 7 días del mes de Diciembre del año 1,998 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rectores y Secretarios en la Secretaría del LICEL SUPERIOR DEL ATLANTICO modalidad Académico Institución aprobada hasta Undécimo en el nivel de Educación Vocacional y autorizado por la Secretaría de Educación Departamental para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académico según Resolución(es) No(s) 026 del 7 de Diciembre 1,998.

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 cuyos números de orden, nombre, apellidos, y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE	IDENTIFICACION
040	HILARIE DE JESUS PARCERO PARIS	57.303.545 Piojino (Mag)

En fiel copia tomada del Acta original No. 016 de fecha Diciembre 7 1,998 que consta de 141 alumnos graduados, comienza con el nombre de Acevedo Bilbao Jennifer Esther y se cierra con el nombre de Zapata de Castro Bladis Isabel.

Firmado y sellado por Brigit Amanda Fabra Cavalla Rectora(s) y Maria Esther Rubio de Barahona Secretario(a).

Dada en Barranquilla a los 7 días del mes de Diciembre de 1,998.

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



LICEO SUPERIOR DEL ATLANTICO

CONFIERE A:

Milagro de Jesús Montero Moreno

Bachiller Académico

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

República de Colombia
Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena
y en su nombre
El Centro de Educación en Salud del Magdalena
"Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que

Milagro Montero Moreno

Titular de la C.C. 57.303.345 expedida en PIVIJAY (Magd).

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de Salud y que le adquirió idoneidad para desempeñarse como:

Auxiliar De Enfermeria

Creado mediante Decreto No. 810 del 12 de Diciembre de 1.989
Aprobado mediante Resolución No. 2682 del 9 de Agosto de 1.991
Modificado mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1.992

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA DIRECTOR

Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

República de Colombia

Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena

y en su nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena

"Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

Milagro Montero Moreno

Titular de la C.C. 57.303.345 expedida en PIVIJAY (Magd).

ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de Salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

Auxiliar De Enfermeria

Creado mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1.989

Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1.968

Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1.992

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA DIRECTOR

Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Acta de Grado

Liceo Superior del Atlántico
BACHILLERATO ACADEMICO
APROBADO OFICIALMENTE RESOLUCION No. 42
del 2 de Dic / 93
BASICA SECUNDARIA Y MEDIA VOCACIONAL

BARRANQUILLA

En la ciudad de Barranquilla a los 7 días del mes de Diciembre del año 1.998 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretari(a) en la Rectoría del LICEO SUPERIOR DEL ATLANTICO, modalidad Académico, Institución aprobada hasta Nueva visita en el nivel de Educación Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académico, según Resolución(es) Número(s) 424 del 2 de Diciembre 1.993.

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	IDENTIFICACION
086	MILAGRO DE JESUS MONTERO MORENO	57.303.345 Piviay (Mag)

Es fiel copia tomada del Acta original No. 006 de fecha Diciembre 7 1.998 que consta de 141 alumnos graduados, comienza con el nombre de: Acevedo Alvarez Jaqueline Esther y se cierra con el nombre de Zapata de Pastor Piedad Cecilia

Firmado y sellado por Oriant Armando Ochoa Herrera Rector(a) y María Esther Rubio de Marchena Secretario(a).

Dada en Barranquilla a los 7 días del mes de Diciembre de 1.998.

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

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCION No 47- 0931

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una Institución de Educación No Formal, en el área de la salud

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de1994, emanados del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

1.- Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación no formal, para su debido ejercicio.

2. Que **MILAGRO MONTERO MORENO** con cédula de ciudadanía No 57.303.345 de Pivijay - Magdalena ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO según acta de certificación de fecha noviembre 30 de 1995.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el certificado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado a **MILAGRO MONTERO MORENO** con cédula de ciudadanía No 57.303.345 de Pivijay - Magdalena por EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO

PARAGRAFO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a **Milagro Montero Moreno** el contenido de a presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE 20 MAR 2002

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.001

JAIME FORERO HENRIQUEZ
Secretario de Desarrollo de la Salud

PIEDAD DE LA HOZ OROZCO
Profesional Universitario

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Resultado General -2023-09-05→2:16:06 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57303345	MILAGRO		MONTERO	MORENO	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) MILAGRO MONTERO MORENO identificado(a) con CC 57303345 registra La siguiente información:

2023-09-05→2:16:06 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1995-12-12	2259	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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS)

Powered by CamScanner



CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

MILAGRO MONTERO MORENO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 57.303.345

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 02-05-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 02-05-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.3. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901043407-1
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901643467 - 3

CERTIFICA QUE:

MILAGROVDE JESUS MONTERO MORENO

IDENTIFICADO (A) CON CÉDULA DE CUIDADANIA NRO. 57.303.345

ASISTIÓ AL CURSO DE:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 06/12/2023 FECHA DE VENCIMIENTO 06/12/2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 4904 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO, AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN DECRETO 3616 DE 2005, ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GMAIL.COM O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCIÓN 3205931933

REPRESENTANTE LEGAL	GENFUTCOL	GERENTE GENERAL
DAVID LOPEZ	NIT. 901643467-3	MARTHA SILVA

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CERTIFICA QUE:

MILAGRO MONTERO MORENO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 57.303.345

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

GESTIÓN DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 02-05-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 02-05-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

Activar Windows

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

MILAGRO MONTERO MORENO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 57.303.345

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 18-09-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 18-09-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.4.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901613467-3
GENFUTCOL

TATIANA
DOCE

Powered by CamScanner

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



Fecha: 12/May/2023, **Hora:** 07:29:44 a.m.
HC: # 78769
Apellido: Montero Moreno **Nombre:** Milagro De Jesus
Edad: 52 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 57303345
Sexo: Femenino
Empresa: Particular **Nacim:** 19/Mar/1971
Cargo: Auxiliar Enfermeria **Rh:** O+
Direccion: M 103 Casa 8 Ciudadela
Telefono: **Celular:** 3014127712 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: :: No Aplica ::
Peso: 60 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 22.0 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Positiva **AFP:** Colpensiones

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y
Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1325
Registro #: 386

Milagro Montero

Milagro De Jesus Montero Moreno
CC 57303345

Huella
Digital

Powered by CamScanner

ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES DE LA SALUD

NIT 901.215.541-5

CERTIFICA

Que el (a) señor (a) **MONTERO MORENO MILAGRO DEJESUS ,** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **57303345** , se encuentra afiliado(a) al **ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES DE LA SALUD**. Desde el 01 de enero de 2019 , bajo un convenio sindical.

Que en dicha calidad es **PARTICIPE** en la ejecución del contrato sindical suscrito por **ATSALUD** con **INVERSIONES AZALUD** cumpliendo con las actividades **AUXILIAR DE ENFERMERIA** y por su desempeño recibe una compensación ordinario de **$ 1.160.000,00.** Beneficio de transporte de **$ 140.606,00** y Una Compensación de Auxilio Especial (BV) de **$ 271.884,00** mensuales**.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día 06 de diciembre de 2023.

Cordialmente,

YURANIS MUÑOZ
REPRESENTANTE LEGAL

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 1082971348 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 04/12/2023 11:04 AM

Código Verificación: **AFUWSQ1CT9**

Válida hasta: **03/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Milagro Montero H.

Apellidos: Montero Moreno

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 57303345

Fecha de Nacimiento: Día 19 Mes 03 Año 1971.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	10-06-17	ORH9003	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	20-05-14	2H2D016	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3	20-05-14	0228B00IC	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		28-7-11	6536-1	
Contra Influenza	1	20-05-14	FBA93	
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-09-11 12:10

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MILAGRO	DE JESUS	MONTERO	MORENO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57303345

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	PIVIJAY

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
TOTAL	$39.000.000,00

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

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

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

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

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]

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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 Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57303345
NOMBRES Y APELLIDOS	Montero Moreno,Milagro De Jesus
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	55 Afiliado Participe Dependiente,
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Montero Moreno,Milagro De Jesus, a los 06 días del mes de diciembre del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Powered by CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

MILAGRO DE JESUS MONTERO MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.303.345**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 6 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

HUMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FRCHP VERSION: 002 FECHA DE ULTIMA REVISION: 23/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: MILADIS DE JESUS MONTERO MORENO												Sexo: M	F	X
Tipo de Documento: C.C. X C.E T.I R.C PP					Número: 57.303.545			Expedida en: PRADO (MAGDALENA)			Fecha de Expedición: 27/02/2001			
Estado Civil (Solteros(as))					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Residencia	
Soltero	Casado	Divorciado	U. Libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X							X		1	X				X
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
09	8	1973	SAN RAFAEL MAGDALENA		MANZANA 05 CASA 14					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico:										No. Celular			Teléfono	
MJMM-2973@HOTMAIL.COM										3014187713				
Ocupación (Estudiantes)										Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado					8	9	0	0
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU				
AUXILIAR DE ENFERMERIA										ACTIVIDAD DE APOYO TERAPEUTICO				

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
N.U.I.M.S	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?
Dirección de empresa o negocio			Ciudad		Barrio		No. Teléfono
CARRERA 14 #3-43			SANTA MARTA		ALEJANDRIA		4340000
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI	NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales:	$1.800.000	Total Egresos mensuales:	$2.500.000
Otros Ingresos Mensuales:	$1.000.000	otros egresos Mensuales:	$0
Total Activos:	$5.000.000	Total Pasivos:	$3.000.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada:	Mes: MAYO	Año: 2020	Es declarante?	SI		NO	X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare el encargo, empleo publico y/o Ordenó algún grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? NO

Declara que soy persona políticamente expuesta PEP? NO

Declara que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado provienen de: MI EMPLEO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, constitución y demás productos y servicios de entidades financieras relacionados a continuación: A) EMPLEO y no acepto con mi propios, los aquí descritos que dentro de mi relación con ellos no provengan de ninguna de las actividades ilícitas como las tipificadas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades en favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera irrevocable, para siempre e incondicional a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea o a quien represente en sus derechos o ostente en el futuro la calidad de Juan más parte: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, procesar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar o divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador. Centrales de información financiera del Sector Financiero, bureau de información crediticia o cualquier otra entidad que maneje o administre bases o bancos de datos con los mismos fines, toda la información relevante relacionada con cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea, con fines estadísticos, de control, supervisión, prevención de actividades delictivas, investigación, actualización o continuación en cualquier momento de conformidad con las disposiciones legales vigentes. 3) Conocer, actualizar y rectificar mi información financiera, comercial, crediticia y personales. La anterior autorización incluye el cumplimiento de mis obligaciones, las refiere a mis antecedentes financieros, así como el cese de dicha información cuando todas las cuentas referentes a mis créditos, pasivos y/o sus correspondientes intereses, comisiones, costos y gastos hayan sido completamente pagados o extinguidos. 4) Conozco que la información financiera y en general la información del comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) mi comportamiento en cuanto a mi actividad económica, y cumplo con la solicitud. La información suministrada y presentada los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir, la información que contengan personal así como a solicitar por cualquier medio a la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea, utilizar o revocar la autorización para el tratamiento de mis datos personales. 3) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea S.A. me informó acerca de los derechos que me asisten en virtud de la ley de Políticas Datos y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea S.A. me informó acerca de los derechos que me asisten en virtud de la ley de Políticas Datos y Protección de datos personales. 5) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea S.A. me informó acerca de los derechos que me asisten en virtud de la ley de Políticas Datos y Protección de datos personales.



5. FIRMA Y HUELLA

Declaro (amos) que la información aquí descrita es de primera ocurrencia se verás y haciendo veraz y comprendido y asegurado la anterior, en constancia firma (amos)

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner