HUJMB
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC-F
VERSION: 05
FECHA DE ULTIMA REVISION: 26/09/2023
PAGINA 1 de 3

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO José Antonio Vega Diaz. Identificado con Cédula No 12539713 y Profesión Aux de Enfermeria AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* puede 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: José Antonio Vega

	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

2

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.539.713**
VEGA DIAZ

APELLIDOS
JOSE ANTONIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-NOV-1954**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-ENE-1976 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2100100-00167629-M-0012539713-20090807 0014657432A 1 4420000612

9

SIJI

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **12539713**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	12539713	VEGA	DIAZ	JOSE	ANTONIO	2022-03-08, 1:57 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	12539713	VEGA	DIAZ	JOSE	ANTONIO	2023-02-08, 11:41 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

HJMB
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSULTA EN BASES DE DATOS

CODIGO:
VERSION:
FECHA DE ULTIMA REVISION:
PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) José Antonio Vaga Díaz. identificado con C.C./C.E./P.P No. 12539713 expedida en Sta 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 04 del mes de Diciembre de 2023.

Firma
Nombre José Antonio Vaga Díaz.
Cédula 12.539.713

Powered by CamScanner

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

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Titulo	Sr.
Nombre	JOSE ANTONIO
Apellidos	VEGA DIAZ
Fecha de Nacimiento	18/11/1954 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	JOSE ANTONIO VEGA DIAZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	12539713
Dirección	CALLE 25 · 7-24 BARRIO LA ESPERANZA.
Código postal	
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	joselitovega@outlook.com
Teléfono	6054319007
Celular	3005652544
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

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 tu apodo?
Respuesta	joselito
SMS para recuperar la contraseña	3005652544

Editar

Santa Marta, diciembre 04 de 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDE BARRENECHE

Estimada entidad,

Yo **JOSE ANTONIO VEGA DIAZ** identificada con cedula de ciudadanía número **12.539.713** de Santa Marta, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mi servicio de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con un alto grado de responsabilidad y eficacia, plasmado en las metas y objetivos encomendados por la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diario dando apoyo en el área de ENFERMERIA donde lo requiera el ente.

Atentamente,

JOSE ANTONIO VEGA DIAZ
CC. No. **12.539.713** de Santa Marta
Cl 25 No. 7 -24 La Esperanza
Email: joselitovega@outlook.com
Cel: 3005652534 - 3187993152

9

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14734534978

(415)7707212489984(8020) 000001473453497 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 5 3 9 7 1 3	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 2 5 3 9 7 1 3	1 9 7 6 0 1 1 7

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VEGA	DIAZ	JOSE	ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 25 7 24 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico: joselitovega@outlook.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 2 0	2 0 1 7 0 7 3 1	8 6 9 2	2 0 1 8 0 5 2 9				

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
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2021 - 01 - 24 / 20 : 42: 59

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 VEGA DIAZ JOSE ANTONIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Vega	Diaz	Jose Antonio

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 12539713 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 18 MES 11 AÑO 1954

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Barrio La Esperanza CASA LA ESPERANZA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: joselitovega@outlook.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	1977
										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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	Centro De Educación En Salud Del Magdalena Cesmag "gabriel Angulo"	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	1996

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
ESPAÑOL		X			X			X	

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
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	04	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	07	*Año*	2011	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 4 - 26A 71					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOP ASISTENCIA CTA.			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	12	*Año*	2006	*Día*	12	*Mes*	07	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXIIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 4 - 26A 71					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2003	*Día*	10	*Mes*	09	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	1996	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	1999
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 23 42					

FORMATO COMPLETO

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	3	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	11	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	19	6

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 Marta, diciembre 04 de 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

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

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
MAGDALENA
Reconócese este Título para todos los efectos legales.
Santa Marta I-8-1947
Resolución No. 0005
DIRECTOR

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:

José Antonio Vega Diaz.

Titular de la c.c. # 12.539.713 expedida en Santa Marta

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

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1.949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1.968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1.992

Director de CESMAG

Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Secretaria Académica

9



República de Colombia

Departamento del Magdalena

El Liceo Celedón

SECCION NOCTURNA

Aprobado por resolución No. 3967 de Octubre 26 de 1.963

Teniendo en cuenta que:

José A. Vega Díaz

Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación Secundaria y fue aprobado en todos los exámenes y pruebas reglamentarias, le confiere el título de:

BACHILLER

El Rector,

La Secretaria,

Santa Marta, [illegible] de 1.97[illegible]

Gobernación del Departamento del Magdalena

Anotado al Folio [illegible]

del Libro de Registro No. [illegible]

El Gobernador del Departamento,

El Secretario de Educación,

El Inspector Departamental de Educación Media,

JEFE

Dado en Santa Marta, a [illegible] de [illegible] de 1.9[illegible]

DIEZ PESOS $10 3635769

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 0005 DE 19

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus atribuciones legales y especialmente, en las conferidas en los Decretos, y Leyes 056 de 1975, 121 de 1976 y la Resolución 08211 del 15 de junio de 1989 y,

CONSIDERANDO

Que JOSE ANTONIO VEGA DIAZ, identificado con la cédula de ciudadanía No.12.539.713 expedida en Santa Marta, ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó el CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO de Santa Marta, el 27 de diciembre de 1996.

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a JOSE ANTONIO VEGA DIAZ para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 18 ENE 1997

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud del
Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos
y Alimentos

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



REGISTRO NO. 623

NOMBRE: JOSE ANTONIO VEGA DIAZ

C. C. NO. 12.539.713

EXPEDIDA EN: SANTA MARTA

TITULO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS



REPUBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

TARJETA DE RESERVISTA Nº 0631816

PERTENECE AL EJERCITO DE:

PRIMERA LINEA HASTA EL 31 - XII - 1.984

SEGUNDA LINEA HASTA EL 31 - XII - 1.994

TERCERA LINEA HASTA EL 31 - XII - 2.004

JOSE ANTONIO - VEGA DIAZ

NOMBRES Y APELLIDOS

REGISTRADA EN LA RELACION No. 026 MES ABR AÑO 78

EN CASO DE LLAMAMIENTO DE RESERVAS PRESENTESE A LA DEPENDENCIA MILITAR MAS CERCANA A SU RESIDENCIA...

Se le agradece a todas las Autoridades, Civiles y Militares, prestar la mayor colaboración posible al funcionario portador de este Carnet.

Fecha de Expedición: 1- 9- 1997

NACIDO EN: SANTA MARTA, MAG. EL 18 NOVIEMBRE DE 1954

PROFESION: BACHILLER-77

ACTA DE CLASIFICACION NO.: 015 DE FECHA: 24 FEB 78

LUGAR DE CLASIFICACION: SANTA MARTA

RECIBO NO. 3614736 DE FECHA: 17 ABR 78

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION: SANTA MARTA, 18 ABR 78

ASL

TENIENTE GUSTAVO CRUZ RINCON

COMANDANTE DISTRITO MILITAR NO. 12

TTE. CORONEL LUIS LIBARDO BAEZ RODRIGUEZ

COMANDANTE DE LA 2a. ZONA

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú | COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA | Salud | Iniciar Sesión | Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

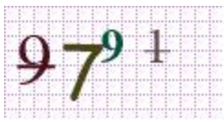
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 12539713

Primer Nombre: jose

Primer Apellido: vega

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1418

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-03→8:32:35 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	12539713	JOSE	ANTONIO	VEGA	DIAZ	Vigente	V

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) JOSE ANTONIO VEGA DIAZ identificado(a) con CC 12539713 registra La siguiente información:

2023-12-03→8:32:35 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1997-01-08	5	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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

GOV.CO

UNDACIÓN NUESTRA
IORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

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

Certifica

José Antonio Vega Díaz

c.c. 12539713 de Santa Marta

ó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-07-17
Fecha de vencimiento: 2024-07-17

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

G. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

José Antonio Vega Díaz

CC 12539713 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-10
Fecha de vencimiento: 2025-12-10

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educati
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

José Antonio Vega Díaz

CC 12539713 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emoci
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-12-12
Fecha de vencimiento: 2025-12-12

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educati
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
EÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

José Antonio Vega Díaz

CC 12539713 de Santa Marta - Magdalena

ealizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decret 1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-02-08
Fecha de vencimiento: 2025-02-08

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Servicios Médicos Domiciliarios LTDA

SERVIMED I.P.S

Calle 22 No. 14 - 05 • Local 101 C.C. Alcazares Plaza • Teléfono: 431 38 74
informacion@servimedips.com.co • www.servimedips.com.co

20
21

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	AÑO DIA	MES	AÑO
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARENECHE.	SANTA MARTA	13	12	2021

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre Y Apellido:	Documento de Identidad Tipo:	CC	No:
JOSE VEGA DIAZ			12539713

Direccion		Telefono	

Cargo: AUXILIAR ENFERMERIA Sexo: M [X] F [ ] Fecha de Nacimiento: 18-11-58

Tipo de Examen Ocupacional

Preocupacional	[✓]	Periodico	[ ]	Post Ocupacional	[ ]	Manipulador Alimentos	[ ]
Reintegro Laboral	[ ]	Post Incapacidad	[ ]	Reubicacion	[ ]		

Examenes Practicados (N:Normal A: Anormal NR: No Realizado)

EXAMEN	N	A	LABORATORIOS /IMÁGENES	N	A
Medico Ocupacional	X				
Visiometria					
Espirometria					
Audiometria					

Aptitud Ocupacional Ingreso

Al examen medico no presenta defectos ni patologia aparente	X
Al examen medico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	
Al examen medico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
Al examen medico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar	

¿Presenta Restricciones? Si [ ] No [ ] ¿Cuáles?

Observaciones:

Concepto Final de Aptitud Ocupacional

Apto sin Limitaciones	[X]	Apto con limitacione	[ ]	Aplazado	[ ]	Apto Manipular Alimentos	[ ]
No Apto	[ ]	Apto para Alturas	[ ]	No Apto para Alturas	[ ]	No Apto Espacios Confinados	[ ]
Apto Espacios Confinados	[ ]						

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medicas		Ocupacional			Habitos y estilos de vida saludable	
Remisión a EPS	[ ]	Uso de EPP	[ ]		Inicio de actividad fisica	[ ]
		Ingreso al SVE			Dejar de fumar	[ ]
Continuar manejo médico	[ ]	Carga fisica	[ ]	Visual [ ]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
		Ruido	[ ]	Biologico [ ]	Control del peso	[ ]
Remisión a ARP	[ ]	Radiologico	[ ]	Radiaciones [ ]	Otro:	[ ]
		Psicolaboral	[ ]	Cardiovascular [ ]		
Citologia Vaginal	[ ]	~~otro~~	[ ]			

Dr. Gustavo Severini
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 1529

Firma del Medico
Licencia de Salud Ocupacional

José Antonio Vega.

Firma del Trabajador
CC No. 12539713.

21
22

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL CENTRAL
JULIO MENDEZ BARRENECHE
SANTA MARTA

Santa Marta, D.T.C.H. 13 de septiembre de 1999

LA JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA (E)

HACE CONSTAR:

Qué el señor JOSE ANTONIO VEGA DIAZ, identificada con Cédula de ciudadanía N° 12539713 expedida en la ciudad de santa Marta, realizó INDUCCION, VACACIONES, LICENCIAS Y TURNOS en todos los Servicios de esta Institución como auxiliar de Enfermería a partir del mes de Junio de 1996 hasta el mes de Julio de 1999.

Esta certificación se expide en Santa Marta, D.T.C.H. a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Septiembre de 1999.

Josefina Campo L.
JOSEFINA CAMPO LOPEZ

22 23

HOSPITAL CENTRAL ®
JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S.E.

EL SUSCRITO SUBGERENTE CIENTIFICO

CERTIFICA QUE:

El auxiliar de enfermería **JOSE VEGA,** identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 12.539.713 de Santa Marta (Magdalena), presta sus servicios a esta institución, a través de contrato desde el día 01 de Junio y hasta el próximo 31 de Diciembre del año en curso.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, a los diez (10) días del mes de Septiembre del año dos mil tres (2.003).

Dr. EDGAR SANCHEZ COMAS
Subgerente Científico

Cra. 14 No. 23 – 42 Tel. (5) 4215397 – Telefax: 4215894

COOPASISTENCIA CTA
ASISTIMOS PARA LA VIDA.
NIT: 804012156-9

Vigilada Superintendencia de Economía Solidaria

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOP ASISTENCIA CTA.

CERTIFICA::

Que **JOSÉ ANTONIO VEGA DIAZ** identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 12.539.713, quien fue trabajador (a) Asociado (a) según acuerdo cooperativo con **COOPASISTENCIA CTA**. desde el dia 27 de diciembre de 2006 hasta el 12 de Julio del 2011, aportó su trabajo asociado como, **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el proceso Asistencial de **URGENCIAS SM** ofertado al **INSTITUTO DEL CORAZON** en el centro de costos de la ciudad de **SANTA MARTA.**

Este certificado se expide a solicitud del interesado el día jueves, 15 de septiembre de 2011

DR. OMAR HERNAN NOVA JAIMES
Gerente
CoopAsistencia cta.

Este certificado fue generado a través de medio magnético; para la verificación del contenido por favor comunicarse con la persona responsable de nómina al teléfono (7) 6821518 – Celular 318 285 3638

24
25

"LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA – FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

CERTIFICA:

El Señor **JOSE ANTONIO VEGA DIAZ** identificado con la cédula de ciudadanía número 12539713 expedida en Santa Marta, labora en Nuestra Institución desde el día 13 de Julio de 2011, desempeñado el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el servicio de Urgencias.

La presente certificación se expide en la ciudad de Santa Marta a solicitud del trabajador a los 07 días del mes de Marzo de 2018.

Atentamente,

FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
NIT 890.212.568-0

JANETH COOMBS NEIRA
Subgerente Administrativa y Financiera
FCV- Instituto del Corazón Santa Marta

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que el señor, **JOSE ANTONIO VEGA DIAZ**, identificado con cedula de Ciudadanía **No. 12.539.713** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE".,** los siguientes contratos de prestación de servicios:

VIGILADO Supersalud

1. **No. 1587** de fecha 04 de Julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Julio hasta el 30 de septiembre de 2018, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
2. **No. 2194** de fecha 01 de octubre de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2018, por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000).
3. **No. 312** de fecha 02 de enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de enero al 30 de junio 2019, por un valor de OCHO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS ($8.586.000).
4. **No. 1007** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de octubre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS ($5.724.000).
5. **No. 2181** de fecha 01 de noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de noviembre al 31 de diciembre de 2019, por un valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($2.862.000).
6. **No. 447** de fecha 02 de enero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de enero al 30 de abril 2020, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS ($5.724.000).
7. **No. 1200** de fecha 01 de mayo de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de mayo al 30 de junio 2020, por un valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($2.862.000).
8. **No. 1882** de fecha 01 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de septiembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
9. No. **2800** de fecha 01 de Octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
10. No. **379** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

11. No. **1419** de fecha 01 de abril de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
12. No. **2183** de fecha 01 de julio de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
13. No. **3472** de fecha 01 de octubre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
14. No. **186** de fecha 01 de Enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo 2022, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
15. No. **1740** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000).
16. No. **2950** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de NUEVE MILLONES DE PESOS ($9.000.000).
17. No. **715** de fecha 02 de Enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de Enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
18. No. **1263** de fecha 01 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($5.400.000).

VIGILADO Supersalud

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** PARA TODA LA POBLACIÓN USUSARIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los diecisiete (17) días del mes de mayo de 2023.

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

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 12539713 **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 01/12/2023 07:44 AM

Código Verificación: **ELWZNP5K4V**

Válida hasta: **29/02/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20/02/21	PFIZER	EN1194	HUJMB	Yaicyka Pinto	26.666.492
	2	13-03-21	P Fizer	EN1195	HUJMB	[illegible]	57170484

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	09-10-19	AC57B177AB	[illegible]
Fiebre Amarilla	Única	4-11-19	P3M81	[illegible]
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	11-11-19	D2272	[illegible]
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	4-11-19	AC37B177AB	[illegible]
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	3-09-19	032Q5002CA	[illegible]
	2	4-10-19	032Q5002CA	[illegible]
	3	5-11-19	032Q5002CA	[illegible]
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	3-12-19	T3A93	[illegible]
Otras Varicela		15-11-19	LO 52392	[illegible]
HA		15-11-19	LO 35394	[illegible]

Función Pública

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

Tipo de declaración	OTRO	Fecha de publicación	2023-06-08 08:44

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOSE	ANTONIO	VEGA	DIAZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	12539713

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$12.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$21.600.000,00
TOTAL	$33.600.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROSA	MARIA	CARDENAS	CAMPO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 36548090

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:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE ANTONIO VEGA DIAZ identificado(a) con CC 12539713 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2008
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de diciembre del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE ANTONIO VEGA DIAZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12539713,** se encuentra afiliado/a desde **20/02/1991** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

34

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos JOSE ANTONIO VEGA DIAZ	Sexo			
	M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	12539713	SANTA MARTA	17/01/1976

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X						X		3			X		X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
10 11 1954	SANTA MARTA	CALLE 25 # 724 LA ESPERANZA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
joselitovega@outlook.com	3005652544	

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

Detalle Actividad Económica: AUXILIAR EN ENFERMERIA	Descripción del CIIU: APOYO DE ACTIVIDAD 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
	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR EN ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	SANTA MARTA	ALCAZARES	4366262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.800.000	Total Egresos mensules	
Otros Ingresos Mensules	0	Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra	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?
SOY SERVIDOR PUBLICO , PERO NO MANEJO RECURSOS PUBLICOS
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
NO SOY PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:
MI SUELDO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. 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

José Antonio Vega.

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):