En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO, Identificado con Cédula No. 39046712 y Profesión ENFERMERA (O) 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: Delbis Mattos Navarro

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	X	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	X	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		X
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).		X
13	Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)	X	
15	Tarjeta Profesional		X
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)	X	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		X
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).	X	
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	X	
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		X
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		X
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de *Urgencias y Transporte Asistencial*).	X	
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	X	
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE 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)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	

36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.046.712

MATTOS NAVARRO

APELLIDOS

DELBIS MILENA

NOMBRES

Delbis Mattos N.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1979

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

21-JUL-1997 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00111201-F-0039046712-20081024 0004814423A 1 4440007002

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 39046712

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	39046712	MATTOS	NAVARRO	DELBIS	MILENA	2022-12-26, 5:49 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	39046712	MATTOS	NAVARRO	DELBIS	MILENA	2023-02-07, 6:43 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	39046712	MATTOS	NAVARRO	DELBIS	MILENA	2023-02-08, 8:28 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) **DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO** identificado con C.C./C.E./P.P No. 39.046.712 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

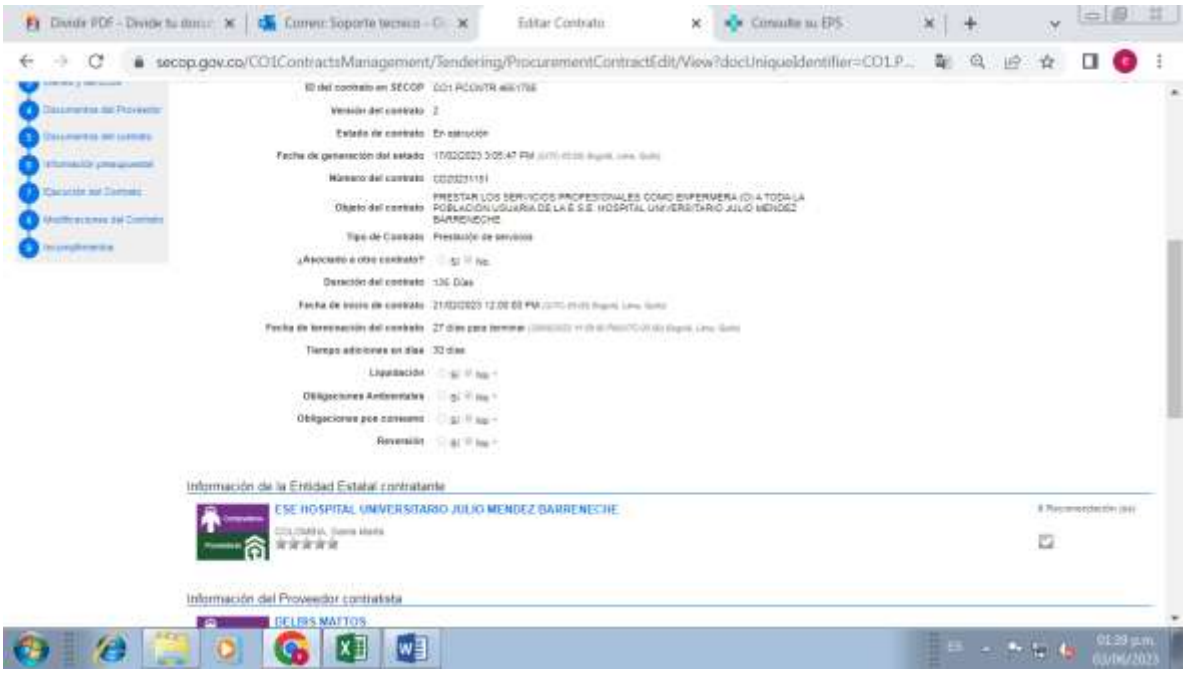
Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y 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 Delbis Mattos Navarro
Nombre **DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO**
Cédula 39.046.712

COPIA CONTROLADA


Editar Contrato
Consulte su EPS
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.P...
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
Id del contrato en SECOP
CO1.PCCNTR.4661766
Versión del contrato
2
Estado de contrato
En ejecución
Fecha de generación del estado
17/02/2023 3:05:47 PM
Número del contrato
CO2023113
Objeto del contrato
PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) A TODA LA POBLACIÓN USUARIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
Tipo de Contrato
Prestación de servicios
¿Asociado a otro contrato?
Duración del contrato
136 Días
Fecha de inicio de contrato
21/02/2023 12:00:00 PM
Fecha de terminación del contrato
27 días para terminar
Tiempo adicional en días
30 días
Liquidación
Obligaciones Ambientales
Obligaciones pos consumo
Reversión
Información de la Entidad Estatal contratante
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Información del Proveedor contratista
DELIBS MATTOS

Santa Marta Enero 2024

Dr.
GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

REF: PROPUESTA DE SERVICIOS

Yo DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO, Identificada con Cedula de Ciudadanía No 39.046.712 de Santa Marta, ofrezco mis servicios como **ENFERMERA JEFE**, lo hago en mis conocimientos Basados En mis 15 años de experiencia laboral, espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo Dentro de la empresa.

Atte.

Delbis Mattos Navarro

DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO
CC. 39.046.71
Dir: CALLE 8 N 1 B 79 taganga
Email: **delbismattosnavarro@gmail.com**
Cel: 3014330647

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14822381019

(415)7707212489984(8020) 000001482238101 9

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 0 4 6 7 1 2	1 9 9 7 0 7 2 1

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
MATTOS	NAVARRO	DELBIS	MILENA

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 8 1 B 79 BRR TAGANGA

42. Correo electrónico: delbismattosnavarro@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 9 2	2 0 0 1 0 3 0 1					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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 2022 - 04 - 07 / 13 : 17: 08

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MIER MADARIAGA LINA MASIEL

985. Cargo Analista V

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Mattos	Navarro	Delbis Milena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39046712	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES 06 AÑO 1979

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 8 N 1 B 79 taganga

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3014330647 EMAIL delbismattosnavarro@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES		AÑO	
										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	8	X		ENFERMERIA	04	2001	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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*
ESPAÑOL			X			X			X

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	URGENCIAS	CARRERA 14 N 23 42 ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3014330647	*Día*	21	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA L5	AREA DE ENFERMERIA	CALLE 23 - CRA 14 No 23-42 ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3014330647	*Día*	21	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA L5	AREA DE ENFERMERIA	CALLE 23 - CRA 14 No 23-42 ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA LA MILAGROSA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERAJEFE	URGENCIAS	CALLE 13 N 9 13

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DEL CORAZON SANTA MARTA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 00000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	12	*Año* 2006	*Día*	12	*Mes*	07	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4					

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	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	14	6

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA 2023

DELBIS MATTOS NAVARRO

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

Acta de Grado

En la ciudad de corregimiento de Taganga a los 06 dias del mes de XII del año de 1995 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Colegio Departamental de Bachillerato de Taganga modalidad Académica institución aprobada hasta Nueva visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Bachillerato Académico, según Resolución(es) Número(s) 9160 y 1067 del 13 de julio de 1988 y 1o de octubre de 1991.

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 Académico.. al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE
11	DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. No13.296 de Sta Mta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 004 de fecha 06 XII 95 que consta de 17 alumnos graduados, comienza con el nombre de Bustamante de la Hoz Luis Alberto. y se cierra con el nombre de Vasquez Cantillo Frans Agustin

firmado y sellado por Lic. RAFAEL S. MATTOS GUERRA (Rector) y LUISA ELENA MAESTRE MATOS (Secretario)

Dada en Taganga a los 06 dias del mes de diciembre de 19 95

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

Firmado y Sellado

COLEGIO DEPARTAMENTAL BACHILLERATO Secretaría TAGANGA

El Rector o Director(a) — El Secretario(a)

c. c. No.1.687.941 de Sta Mta — c. c. No.36.541.834 de Sta Mta

DIPLOMA No.

En nombre de la República de Colombia

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica: resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

Delbis Milena Mattos Navarro

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 39'046.712 DE SANTA MARTA

Ha cumplido con todos los estudios que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

ENFERMERA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello se firma en Santa Marta a los 6 días del mes de abril de 2001

Rector Honorario

Decano de Facultad

Director seccional

Secretario general

Registro y Diplomas

Anotado al folio No. 137 Del libro de registros y diplomas No. 3 Refrendado en Santa Marta el día 5 de abril de 2001

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO** identificada con la cédula de ciudadanía número 39.046.712, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los seis (6) días del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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

RESOLUCION No. 47-0363

"Por medio de la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional"

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento a lo expuesto en el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto 3131 de 1957, y

CONSIDERANDO

Que en cumplimiento del Acuerdo No. 001 de 2002 expedido por el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, se autorizó la realización de un sorteo de plazas de Odontología, Enfermería y Bacteriología, para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizó el 17 de abril de 2002 a las 4:40 p.m. en la sede de la Secretaría de Salud del Magdalena.

Que DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO con cedula de ciudadanía No. 39.046.712 de Santa Marta de Santa Marta-Magdalena ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERA, título que le otorgó LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, según Acta de Grado No. 090 de 6 de abril de 2001.

Que DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO, no salió favorecido en el sorteo para cumplir el Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo con lo dispuesto en la norma anteriormente citada, la Secretaría de Desarrollo de la Salud debe autorizarle el ejercicio de su profesión.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO, con cédula de ciudadanía No. 39.046.712 de Santa Marta – Magdalena-, para ejercer la profesión de ENFERMERA en el territorio nacional.

Para protocolizar en veria

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

RESOLUCIÓN No. 47-0363

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a la de refrendó el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponda.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días del mes de 2002 12 SEP 2002

ANA LUCILA HERRERA ROJAS
Secretaria de Desarrollo de la Salud

JORGE RUMIE DIAZ
Profesional Especializado

Para progresar en serio

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO

C.C. 39.046.712 SANTA MARTA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 11581
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 21/SEP/2005

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 21/SEP/2015

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

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

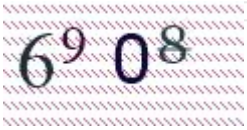
Número de Identificación *

39046712

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3071

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-01→10:24:33 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	39046712	DELBIS	MILENA	MATTOS	NAVARRO	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) DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO identificado(a) con CC 39046712 registra La siguiente información:

2023-12-01→10:24:33 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2005-09-21		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2002-09-12	363	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL

	DE SALUD DEL MAGDALENA

SISPRO

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).

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

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

Reg. EN02298214-2020

CERTIFICA QUE:

DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO

C.C. N°39046712

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 25 NOVIEMBRE DEL 2019. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 22 DE DICIEMBRE 2020.

CARLOS A. RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

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

Delbis Milena Mattos Navarro

CC 39046712 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-01
Fecha de vencimiento: 2025-12-01

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

ING. 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. 901366232-1

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

Certifica

Delbis Milena Mattos Navarro

CC 39046712 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
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.org

Fecha de emisión: 2023-02-05
Fecha de vencimiento: 2025-02-05

ING. 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. 901366232-1

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

Certifica

Delbis Milena Mattos Navarro

CC 39046712 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-02-07
Fecha de vencimiento: 2025-02-07

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE 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. Alcázares Plaza • Teléfono: 431 38 74
informacion@servimedips.com.co • www.servimedips.com.co

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	AÑO		
		DIA	MES	AÑO
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	SANTA MARTA	23	12	2021

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre Y Apellido:	Documento de Identidad
DELBIS MATTOS NAVARRO	Tipo: CC No 39046712

Direccion		Telefono	
Cargo: ENFERMERA	Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento:	16-06-79

Tipo de Examen Ocupacional

Preocupacional	☐	Periodico	☐	Post Ocupacional	☐	Manipulador Alimentos	☐
Reintegro Laboral	☐	Post Incapacidad	☐	Reubicacion	☐		

Examenes Realizados (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
Ocupación [illegible]

Firma del Medico
Licencia de Salud Ocupacional

Delbis Mattos

Firma del Trabajador
CC No. 39046712

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 39046712 **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 10:02 AM

Código Verificación: **CULDS6ANQ9**

Válida hasta: **29/02/2024**

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

CERTIFICA:

Que la señora **DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO** identificada con la cédula de ciudadanía Número 39046712 expedida en Santa Marta, laborò en Nuestra Institución desde el día 13 de Julio de 2011, hasta el dìa 06 de julio de 2013.

La señora **DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO,** se desempeñò como Enfermera de la Fundaciòn Cardiovascular de Colombia.

Se expide a solicitud del interesado en Santa Marta (Magdalena) a los (09) dias del mes de Agosto de 2013.

Atentamente,

FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

JANETH COOMBS NEIRA
Subgerente Administrativa y Financiera
FCV- Instituto del Corazòn Santa Marta
Email: Janethcoombs@fcv.org

Salud Solidaria

NIT 830 105 903-9

A QUIEN INTERESE

Mediante la presente certificamos que la señora Dalis Helena Mattos Navarro identificada con Cédula de Ciudadanía No. 39 046 712 de Santa Marta, estuvo asociada a nuestra Cooperativa de trabajo desde el día 29 de Julio de 2006, aportando su trabajo voluntario como Enfermera y el motivo de su retiro fue por terminación de contrato

Esta certificación se expide a petición del interesado, a los veintiún (21) días del mes de Diciembre del dos mil seis (2006).

MARIA DEL CARMEN ARGUELLO CAMPO
Coordinadora de Servicio al Asociado

cc-Hoja de Vida

Sede Nacional: Transversal 1ª No. 120-74 oficina 202 telefax 6195855
E-mail: saludsolidaria@anestesiacol.com

COOPASISTENCIA CTA
ASISTIMOS PARA LA VIDA
NIT: 804012156-9
Vigilada Superintendencia de Economía Solidaria

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOP ASISTENCIA CTA.

CERTIFICA::

Que DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 39.046.712, 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, ENFERMERA en el proceso Asistencial de UCI CARDIOVASCULAR 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

GERENTE

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.

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Delbis

Apellidos: Mattos.

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 39046712

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 06 Año 1979

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	Agosto 13-05	EV718	Yoomi
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4	161213	SERUM 024L1015C	Eloisa P
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2	161213	AHABB265AL	Eloisa P
	3	11.12.18	HEPAVAX 1434033.01	Glenis
	R1	05.10.19	HEPAVAX 1431093.01	Glenis

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	161213	STAMARIL J5374	Eloisa P.
Contra Influenza	1	161213	NOVARTIS 1307301	Eloisa P.
	2	111218	AGRIPPAL U1888A1B	Glenis.
	Unica	04-09-19	T3A93	Teresa T
Otras				
Neumococo			PNEUMOVAX R014134	Glenis

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	2023-02-07 18:15

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DELBIS	MILENA	MATTOS	NAVARRO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	39046712

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	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento		Municipio	

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
NINGUNO	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
NINGUNO	$0,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

De acuerdo con la Ley 2013 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) **MATTOS NAVARRO DELBIS MILENA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **39046712** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**08/01/2019**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 01 de diciembre del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DELBIS MILENA MATTOS NAVARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.046.712**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Enfermero	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Delbis Milena Mattos Navarro

Sexo: F X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E. T.I. R.C. PP	39.046.712	Santa Marta	16-06-1997

Estado Civil (Seleccionar)

Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo
		X		

Nivel educativo

Primario	Bachiller	Técnico	Universidad
			X

No. Personas a cargo: 2

Tipo de Vivienda

Propia	Arrendada	Familia
		X

Zona Ubicación

Rural	Urbano
	X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
16 06 79	Sta Mta	Calle 6 N: 1B 79 Pasajo	Sta Mta	Magd

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
delbismattosnavarro@gmail.com	3014390647	0

Ocupación (Seleccione)

Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar	Jubilado

Actividad Principal CIIU:

Detalle Actividad Económica: Enfermería

Descripción del CIIU: Actividades 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
HUJHB	Publica X Privada Mixta Otra, cual?	Enfermero

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Kra. 14 N: 20-42	Santa Marta	Alcatraz	4369101

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	Total Egresos mensuales
Otros Ingresos Mensuales	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes 02 Año 2023	Es deudor(a)? 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?

Declara ser persona publicamente expuesta PEP?

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

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:

Autorizo de manera expresa, voluntaria e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea y a quien represente sus derechos u obligaciones en el futuro la calidad de Acreedor para: a) Verificar la información aquí suministrada o durante el curso de cualquier vínculo que con ustedes establezca, b) Solicitar, almacenar, actualizar, comunicar, procesar, consultar, reformular, suministrar, aquí mismo o a administradoras bases de datos, con iguales fines, toda la información que tenga la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información, de conformidad con lo prescripto 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 cumplimiento de mis obligaciones. Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me la soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea 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 Barrenechea 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 Méndez Barrenechea S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales podría acceder para conocer las obligaciones derivadas de las mismas antes citados. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

Delbis Mattos Navarro

5. FIRMA Y HUELLA

Declaro (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y fidedigna antes y comprometido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento