REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION NACIONAL
CUPO NUMERO

36.697.515
BORJA FONTALVO

NANCY JUDITH

Nancy Borja F.





15-NOV-1979
REMOLINO
(MAGDALENA)

1.70 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-JUN-1999 SANTA MARTA

REGISTRADOR NACIONAL



0024901936 1 4421083250

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DEÚLTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, NANCY JUDITH BORJA FONTALVO, Identificado con Cédula No. 36697513 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Nancy Borja Fontalvo

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	X	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		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/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identi cación

Veri car Registro

Has buscado el número de identi cación: 36697513

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36697513	BORJA	FONTALVO	NANCY	JUDITH	2022-07-16, 11:05 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) NANCY BORJA FONTALVO identificado conC.C./C.E./P.P No. 36697513 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 14 del mes de Marzo de 2024.

Firma Nancy Borja Fontalvo
Nombre NANCY J. BORJA FONTALVO
Cédula 36697513

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	Nancy Judith Borja Fontalvo
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	MARE121529@HOTMAIL.COM
Teléfono	
Celular	320 5129184
Nivel Educativo	

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	320 5129184
SMS para recuperar la contraseña	320 5129184

Editar

Santa Marta Marzo de 2024.

Dr. German G. Vargas Mosquera.
Gerente HUJMB

Asunto: Propuesta de servicio.

Cordial Saludo. A solicitud de la entidad de salud yo Nancy Judith Borja Fontalvo.
Documento: 36697513 Santa Marta, Magdalena
Correo: marce121529@hotmail.com
Celular: 3205129184
Dirección: Calle 29 K5 # 21c-08 Los Laureles.

Solicito a usted de manera respetuosa concederme la oportunidad de ingresar como Auxiliar de Enfermería, para prestar mis servicios como profesional en la atención hospitalaria, ambulatoria y alta complejidad de la población usuaria del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Espero reunir los requisitos necesarios para ocupar el cargo dentro de esta importante empresa de salud. Gracias.

Gracias,

Atentamente.

Nancy Borja Fontalvo
Nancy Borja Fontalvo.
36697513 Santa Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14357954811

(415)7707212489984(8020) 000001435795481 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 6 6 9 7 5 1 3	1 9 9 9 0 6 2 4

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
BORJA	FONTALVO	NANCY	JUDITH

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: CR 25 42 C 63 BRR SANTA CRUZ

42. Correo electrónico: mare121529@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 5 1 2 9 1 8 4	3 1 1 4 1 2 7 3 4 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
8 6 9 2	2 0 1 1 1 0 1 3					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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: 2015 - 12 - 02

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:

954. Nombre: QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA
955. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 03-10-2023 04:54:49PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Borja		Nancy

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36697513	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES 11 AÑO 1979

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO REMOLINO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 29K 5 21 c - 08 los laureles

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3205129184 EMAIL mare121529@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	1998

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	3	X			07	1999	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA CIRUGIA					*DIRECCIÓN* Carrera 14 No. 23-42 Alcazares						
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*	01	*Año* 2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA CIRUGIA					*DIRECCIÓN* Carrera 14 No. 23-42 Alcazares						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 23 · 13 a - 02						

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*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	11

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 Nancy Borja Fontalvo

2024/03/14

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

La República de Colombia y en su nombre



El

COLEGIO NACIONAL DE BACHILLERATO

De Pivijay - Magdalena

Aprobado por Resolución No 305 del 7 de Diciembre de 1995
de la Secretaría de Educación del Magdalena

Confiere a:

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO

Identificado con T I No. 52 172 de PIJAY

El título de

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes

RECTOR

SECRETARIA

Libro _____ Folio _____ Acta _____ Año _____

Dado en PIVIJAY a 21 de DIC de 199 8

Powered by CamScanner

Acta de Grado

Colegio Nacional de Bachillerato

Pivijay - Magdalena

En la ciudad de Pivijay a los 21 días del mes de diciembre del año de 1.996 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, el Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO NACIONAL DE BACHILLERATO DE PIVIJAY (MAGDALENA) modalidad ACADEMICO institución aprobada hasta GRADO ONCE en el nivel de Educación Media VOCACIONAL y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad AACADEMICO, según Resolución(es) número(s) 305 del 7 de diciembre de 1.995

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

No. NOMBRE

03 BORJA FONTALVO NANCY JUDITH

DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I.# 791115-52173 de Pivijay

Es fiel copia tomada del Acta original No. 022 de fecha Diciembre 21 de 1.9

que consta de 31 alumnos graduados, comienza con el nombre de AREVALO PAOLA KARINA y se cierra con el nombre de YANCE ARMENTA ARNALDO SEGUNDO

firmado y sellado por EDUARDO DE LA HOZ PACHECO (Rector)

SARA DIAZ DE BORNACELLI (Secretaria)

Dado en Pivijay a los 21 días del mes de diciembre de 19

En constancia se firma el presente Documento.

El Rector o Director(a)

c.c. No. 7.390.307 de Pivijay

El Secretario(a)

c. c. No 26.824.620 de Pivijay

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No. 12-90 Santa Marta
Teléfono 4215776 fax 4234520
Nit.891.780.117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 85

En la ciudad de Santa Marta, a los 25 dias del mes de Junio del año 1 999 se reunieron, con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del Curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** las suscritas Directora y Secretaria del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO",** Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional, para otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** según Resolución No 2182 de Agosto 9 de 1 968, Decreto No 816 de Diciembre 13 de 1 949 Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** al alumno cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación. **BORJA FONTALVO NANCY JUDITH** identificada con la Cédula de Ciudadania No **36.697.513** expedida en **SANTA MARTA, MAGD.**

Es fiel copia de su original, fechada en Junio 25 de 1 999 y consta de 57 alumnos, se inicia con el nombre de **ALBOR REDONDO ERIKA MARTHA** y se termina con el nombre de **ZAPATEIRO RODRIGUEZ XIOMARA ALFARO.**

Firmado y sellado por **LUZ STELLA DURAN MANJARRES,** Directora y **MERCEDES OLANO RODRIGUEZ,** Secretaria Académica

Dado en Santa Marta, a los 25 dias del mes de Junio de Mil Novecientos Noventa Nueve (1 999)

Firmado y Sellado

LUZ STELLA DURAN MANJARRES
Directora

MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Secretaria académica

Powered by CamScanner

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

RESOLUCION No 47- 0731

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

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

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

CONSIDERANDO

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

2.- Que **NANCY JUDITH BORJA FONTALVO,** con cédula de ciudadania No. 36.697.513 de Santa Marta Magdalena, ha solicitado a la Secretaria de Desarrollo de la Salud 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, según acta de grado No. 85 de junio 25 de 1999.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el certificado de AUXILIAR DE ENFERMERÍA otorgado a **NANCY JUDITH BORJA FONTALVO,** con cédula de ciudadania No. 36.697.513 de Santa Marta Magdalena, por el CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO
PARAGRAFO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a Nancy Judith Borja Fontalvo, el contenido de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días del mes de de 1999

10 NOV. 1999

EUGENIO DIAZGRANADOS GONZALEZ
Secretario de Desarrollo de la Salud

MAXIMO JIMENEZ LOPEZ
Profesional Especializado

P.D.O.

Powered by CamScanner

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 * 36697513

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3888

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-05→3:19:02 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36697513	NANCY	JUDITH	BORJA	FONTALVO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NANCY JUDITH BORJA FONTALVO identificado(a) con CC 36697513 registra La siguiente información:

2023-12-05→3:19:02 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	1999-11-10	731	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡ Un Nuevo Concepto en Educación !

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

Teniendo en cuenta que

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO

IDENTIFICADO (A) CON C.C. 36.697.513

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

Violencia Sexual

Con una intensidad total de 30 horas, virtuales.

Dado en Santa Marta, a los 03 Dias del mes de Diciembre del 2020.

Director

Coordinador

Powered by CamScanner

CV-202311-BLS0053

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO
C.C. 36.697.513

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE B.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Bogotá D.C. los días 28, 29 y 30 de noviembre 2023, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **noviembre de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202312-AIGD0065

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO
C.C 36.697.513

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 02 de diciembre 2023, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **diciembre 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202312-AVAQ0061

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO
C.C 36.697.513

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 02 de diciembre 2023 con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **diciembre de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

HUFT

HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

Certifica que:

Nancy Judith Borja Fontalvo

Asistió al Seminario Taller

CIRCULANTE EN SALA DE CIRUGÍA

Realizado en el Hospital Universitario Fernando Troconis con una intensidad de 120 horas

En constancia del anterior seminario en la ciudad de Santa Marta

Dra. Yamile Perea
Intrumentadora Quirúrgica

FERNANDO TROCONIS SUBGERENCIA CIENTIFICA

Dr. Juan Diazgranados
Subgerente Científico

Viernes 05 de Febrero 2010

Powered by CamScanner

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 04/Dic/2023, **Hora:** 07:38:26 a.m.
Apellido: Borja Fontalvo **Nombre:** Nancy Judith **HC:** # 83722
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36697513 **Edad:** 44 años
Empresa: Particular **Sexo:** Femenino ♀
Cargo: Auxiliar De Enfermeria **Nacim:** 15/Nov/1979
Direccion: Calle 29k5 No. 21c-08 Los Laureles **Rh:** O-
Telefono: **Celular:** 3205129184 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: ::: No Aplica :::.
Peso: 75.4 Kg **Estatura:** 168 Cm **IMC:** 26.7 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Nancy Borja

Nancy Judith Borja Fontalvo
CC 36697513

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nit 891780185-2

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CERTIFICA

Que la señora **NANCY JUDITH BORJA FONTALVO** identificada con cedula de ciudadanía No **36.697.513** de Santa Marta, es contratista de esta ESE HOSPITAL UNIVESITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE prestando sus servicios como auxiliar de enfermería mediante la orden de prestación de servicios No 229 de fecha 1 de diciembre de 2015 hasta la actualidad labora en la institución por un valor mensual de un millón doscientos setenta y dos mil pesos.

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada, a los treinta (30) días del mes enero de 2020.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ

Calle 23 No 14-42 Esquina-Santa Marta, magdalena-Colombia
Tele: 4346262-3215399661 Email: ftroconismental@hotmail

Powered by CamScanner

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 36697513 **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 14/03/2024 03:27 AM

Código Verificación: **18MD65QJH2**

Válida hasta: **26/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

POR MI Y POR COLOMBIA YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: HANCY JUDITH

Apellidos: BOJA FONTALVO

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 36.697.513

Fecha de Nacimiento: Día 15 Mes 11 Año 1979

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	25-6-15	SEIVM 612N7186	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	02-9-13	021431V080	
	2	27 10 13	100cc	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	3 sep 143	13 01 2012 019	
	2	4 nov 20	135 V Hr 100Y	
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	01.9.13	12-01 2009	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaracion	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-07 18:57

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NANCY	JUDITH	BORJA	FONTALVO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36697513

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	REMOLINO

Lugar de domicilio

Pais	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	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:

Powered by CamScanner

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Powered by CamScanner

Nombre entidad o institución	Organo	Calidad de miembro	Pais

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	Pais

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Si [ ] 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 participacion

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: Si [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARLOS	ALBERTO	GONZALEZ	SIERRA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA | Numero: 5077744

Powered by CamScanner

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: Si [ ] 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 interes 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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

Powered by CamScanner

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Si [ ] 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: Si [ ] 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: Si [ ] 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:

Powered by CamScanner

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36697513
NOMBRES Y APELLIDOS	Borja Fontalvo,Nancy Judith
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Borja Fontalvo,Nancy Judith, a los 14 días del mes de marzo del año 2024.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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:

NANCY JUDITH BORJA FONTALVO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.697.513**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de marzo del 2024.

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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NANCY JUDITH BORJA FONTALVO** identificado con **CC** No. **36697513**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	**Fecha de inicio de cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013301349.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

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	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos NANNCY JUDITJ BORJA FONTALVO												Sexo			
												M		F	X
Tipo de Documento									Número	Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		36697513	SANTA MARTA	24/06/1999			
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		1	X				X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
19	06	1964	SANTA MARTA			CALLE 29K5 #21C-08 LOS LAURELES					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
mare121529gmail.com											3205129184				
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado			8	6	1	0	
Detalle Actividad Económica											Descripción del CIIU				
AUX ILI AR DE EN FER ME RIA											ACT IVIDA D DE APO YO TER APE UTIC O				

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
H U J M B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIA DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad		Barrio		No. Teléfono			
CARRERA 14 N 24-42	SANTA MARTA		ALZACAREZ		4346262			
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1,500,000			Total Egresos mensules 1,500,000				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos 1,500, 000			Total Pasivos 1,500,000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2023	Es declarante?	SI		NO	X

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

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 l o 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 repr esente 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.

Nancy Borja Fontalvo



5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento