ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA 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, DIANA CAROLINA MENA BORJA, Identificado con Cédula No. 1063965727 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:

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		✓
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sijj.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		✓
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (**Pantallazo**)	✓	
6	Propuesta de Servicios (**Mes Actual**)	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		✓
9	RUT - Registro Unico Tributario (**Año 2023**)	✓	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) (**Actualizada Mes Actual**)		✓
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (**fecha vigente – Mes Actual**).		
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	✓	
15	Tarjeta Profesional	✓	
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	✓	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (**Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, (**Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) (**Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) (**Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)	✓	
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	✓	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).	✓	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), (**Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años**)		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Diana Carolina Mena Borja. identificado con C.C./C.E./P.P No. 1063965777 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 13 del mes de marzo de 2024.

Firma
Nombre Diana Carolina Mena Borja.
Cédula 1063965777

Doctor:
GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Coordial saludo:

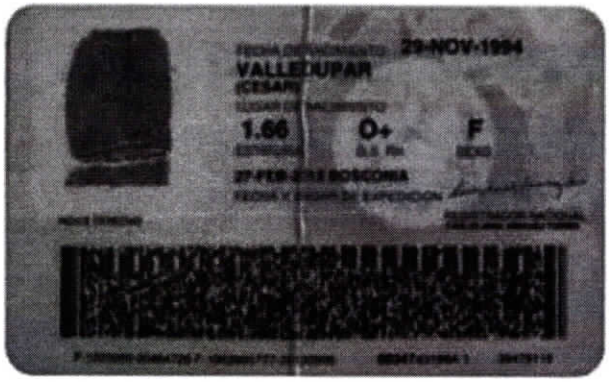
A solicitud de su respetada institución le solicito a ustedes me permitan ingresar a prestar mis servicios en el hospital teniendo en cuenta mis iniciativas y mis habilidades como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** siendo una persona con preparación conciencia y responsabilidad destinada a cumplir a cabalidad las indicaciones asignadas por mis superiores**, espero** reunir el perfil para desempeñar el cargo.

Sin otro motivo en particular, me despido agradeciendo su atención prestada.

Atentamente

DIANA CAROLINA MENA BORJA
CC. 1.063.965.777
Dir. Urb villa marina mz f casa 13
Email. luisangelortega07@gmail.com
Cel. 300 225 9571


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.063.965.777
MENA BORJA
DIANA CAROLINA


29-NOV-1994
VALLEDUPAR
(CESAR)
1.66
O+
F

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1063965777**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1063965777	MENA	BORJA	DIANA	CAROLINA	2023-11-23, 10:10 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1063965777	MENA	BORJA	DIANA	CAROLINA	2024-01-04, 10:17 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
FECH4 Folios: NROFOLIOS
Origen: ORIGHEN R@QTKADO
Destinatario: DHESTIN@TARYO

RESOLUCIÓN No. 47-2853 DE 04 AGO 2023

"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor(a) **DIANA CAROLINA MENA BORJA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.063.965.777, expedida en Bosconia, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** según CERTIFICADO, el cual le fue otorgado por EL INSTITUTO TÉCNICO DEL NORTE - ITN", con Acta de Certificación S/N del 13 de julio de 2023.

Que con la solicitud el(la) señor(a) DIANA CAROLINA MENA BORJA presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el (la) señor(a) **DIANA CAROLINA MENA BORJA** cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta, funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano, se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

ARTICULO ÚNICO: Autorizar a **DIANA CAROLINA MENA BORJA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.063.965.777, expedida en Bosconia, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha:

DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	Piedad De La Hoz Orozco	Profesional Universitario	
Elaboró	Yolenis Ponzón Martinez	Contratista	

Declaro que he revisado el presente documento, lo encuentro ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presento para su firma.

Colombia

UTC -5

Búsqueda Mis procesos Menú ir un Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Volver Últimas modificaciones Todos Seleccione

contratoBuscar

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

identificación del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	V.

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

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 *: 1063965777

Primer Nombre: diana

Primer Apellido: mena

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9523

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-03-17→6:09:26 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1063965777	DIANA	CAROLINA	MENA	BORJA	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) DIANA CAROLINA MENA BORJA identificado(a) con CC 1063965777 registra La siguiente información:

2024-03-17→6:09:26 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2023-08-04	472853	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).

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 1063965777 **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 17/03/2024 06:14 PM

Código Verificación: **HFV82EM16W**

Válida hasta: **15/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

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 1063965777
NOMBRES Y APELLIDOS	Mena Borja,Diana Carolina
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Mena Borja,Diana Carolina, a los 17 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14530441532

(415)7707212489984(8020) 000001453044153 2

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Cesar	2 0	Bosconia	0 6 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENA	BORJA	DIANA	CAROLINA

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 53 A 19 231 BRR ALTOS DE SIMON BOLIVAR

42. Correo electrónico: marthaborjar@gmail.com

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

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
9 2 0 0	2 0 1 7 1 2 2 2					5 3 4 1	

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 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 2019 - 05 - 23

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

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
MENA	BORJA	DIANA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1063965777

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 29 MES 11 AÑO 1994

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Mz f Casa 13 Urb. Villa Marina

PAÍS: Colombia DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

TELÉFONO: 3002259571 EMAIL: Luisangelortega07@gmai 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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o. X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 12 AÑO 2012

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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
TC	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	03	2023	

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

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

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Magdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 02 MES 03 AÑO 2022	DÍA 03 MES 04 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar Enfermeria	Salud	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ASILO SAGRADO CORAZON DE JESUS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Magdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 20 MES 11 AÑO 2022	DÍA 24 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Cuidado y humanización		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA LA CASTELLANA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Magdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 08 MES 05 AÑO 2023	DÍA 08 MES 06 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Materno Infantil y Medico Quirurgico		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		1
EMPLEADO SECTOR PRIVADO		2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA		3

5 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 INCOMPATIBILIDAD 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).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

INSTITUTO TÉCNICO DEL NORTE ITN

Resolución 0384 del 17 de febrero de 2011 de la Secretaría de Educación del Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta

Comprometidos con la formación de trabajadores competentes...

El Suscrito Director General del Instituto Técnico del Norte-ITN, compulsa a continuación copia del Acta de Certificación. Correspondiente a los 13 días del mes de Julio de 2023.

ACTA DE CERTIFICACIÓN

En, Santa Marta Departamento del Magdalena a los 13 días del mes de Julio de 2023, se celebró en las Instalaciones del Centro de Eventos Bavaria Center Hall, el Acto Solemne de Certificación presidido por el señor Director General del Instituto Técnico del Norte - ITN, Doctor ELIÉCER DE JESÚS ZERDA ALTAMAR, en el cual el Instituto Técnico del Norte -ITN autorizado para tal efecto según Licencia de Funcionamiento No. 0384 de Febrero 17 de 2011, y del Registro de Programa No. 0945 con fecha 11 de octubre de 2016, emanadas de la Secretaría de Educación del Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta, y según el Acuerdo 00325 de diciembre 10 de 2015, del Ministerio de la Protección Social, confirió el Certificado de Técnico Laboral por Competencia en:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A:

MENA BORJA DIANA CAROLINA

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No 1.063.965.777 de Santa Marta, Magdalena, quien cumplió con los requisitos académicos que los reglamentos y normas legales que exigen para tal fin.

Director General: Fdo. ELIÉCER ZERDA ALTAMAR
Secretaria Académica: Fdo. MIYEISY REDONDO

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente y se encuentra registrada en:

Libro No. 1 Folio No. 55 Registro No. 82

Se expide la presente constancia en la ciudad de Santa Marta, a los 13 días del mes de Julio de 2023.

INSTITUTO TÉCNICO DEL NORTE ITN

ELIECER ZERDA ALTAMAR
Director General

MIYEISY REDONDO FLOREZ
Secretaria Académica

La República de Colombia

y en su nombre

La Institución Educativa Eloy Quintero Araújo

de Bosconia - Cesar

Aprobado por el Minsiterio de Educación Nacional según Resolución No. 295 de Diciembre 1° de 2004

Confiere A:

MENA BORJA DIANA CAROLINA

Identificado (a) con C.C. No. 1.063.965.777 de Bosconia (Cesar)

El Título de

Bachiller Académico

Con Énfasis en Ciencias Naturales

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

Dado en Bosconia a los 10 días del mes de Diciembre de 2012

Institución Educativa
ELOY QUINTERO ARAUJO
RECTORIA

Rector

INSTITUTO TECNICO
ELOY QUINTERO ARAUJO

Secretaria

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE
LA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA,
AL:

INSTITUTO TÉCNICO DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0384 del 17 de febrero de 2011 y con Registro de Programa según Resolución No. 0945 del 11 de octubre de 2016 emanadas de la Secretaria de Educación del Distrito Turistico Cultura e Historico de Santa Marta, y según el acuerdo 00325 del 10 diciembre del 2015 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, del Ministerio de la Protección Social

Confiere a:

Mena Borja Diana Carolina

C.C. 1.063.965.777 Expedida en Santa Marta, Magdalena

El certificado de Técnico Laboral por competencias en:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Con una duración de 1800 horas

Dado en Santa Marta, Departamento del Magdalena, a los 13 dias del mes de Julio de 2023

INSTITUTO TÉCNICO DEL NORTE ITN DIRECTOR GENERAL

Eliecer Zerda Altamar
Director General

Miyeisy Redondo
Secretaria Académica

Libro No. 1 Folio No. 55 Registro No. 82.

LA SUSCRITA SECRETARIA ACADEMICA DE INSTITUTO TECNICO DEL NORTE ITN

HACE CONSTAR

Qué, **DIANA CAROLINA MENA BORJA,** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.063.965.777 de Bosconia, Cesar, terminó académicamente el Programa de **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA.** Las practicas Docencia Servicio fueron realizadas de manera satisfactoria en la **ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND Centro de Salud de Pescaito (Procedimientos Básicos y Salud Comunitaria) (Medico Quirúrgica y materno Infantil),** en la **CLINICA LA CASTELLANA** y en el **ASILO SAGRADO CORAZON DE JESUS (Prácticas de Cuidado y Humanización).**

Para cualquier inquietud comunicarse al cel. 3002063896 - 3013446649

Santa Marta a los 22 días del mes de Noviembre de 2023.

INSTITUTO TECNICO DEL NORTE ITN
SECRETARIA ACADEMICA
MIYELSY REDONDO FLOREZ
Secretaria Académica

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Diana Carolina Mena Borja

CC: 1063965777

En el Diplomado de: **UCI ADULTO, PEDIATRICO Y NEONATAL PARA ENFERMERIA.**

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del
DIPLOMADO UCI ADULTO, PEDIATRICO Y NEONATAL PARA ENFERMERIA.

con una intensidad de 120 horas. **Quirón -** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Bajo El Ministerio De Educacion Nacional Decreto 1075 De 26 De Mayo Del 2015 Articulo 2.6.6.8 De Educación,**El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

20 del mes de **Diciembre** del **2023**

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com
Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD▲

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Diana Carolina Mena Borja

CC: 1063965777

En el Curso de: **ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UCI PARA ENFERMERÍA**

Para: **Auxiliar en Enfermería.** ·

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **20** del mes de **Diciembre** del **2023** con una intensidad de **60 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Directora Académica
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Diana Carolina Mena Borja

CC: 1063965777

En el Curso de: **AIEPI COMUNITARIO,**

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** AIEPI COMUNITARIO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Basados en el marco de la resolución Nº 0591 de 2010 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **07** del mes de **Mayo** del **2022** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Tecnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

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

Diana Carolina Mena Borja

CC 1063965777 de Bosconia - Cesar

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

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

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

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

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE
LA
SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO TURISTICO, CULTURAL É HISTORICO DE SANTA MARTA,
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

INSTITUTO TECNICO DEL NORTE

Resolución 0384 de la Secretaría de Educación del Distrito Turistico, Cultural e Historico de la Ciudad de Santa Marta

HACE CONSTAR QUE:

Mena Borja Diana Carolina

C.C. 1.063.965.777 de Bosconia, Cesar

ASISTIÓ AL SEMINARIO:

REANIMACION CARDIOPULMONAR - RCP

Con una Duración de 4 horas

Dado en Santa Marta, Departamento del Magdalena, a los 12 días del mes de Junio de 2022

INSTITUTO TECNICO DEL NORTE ITN SECRETARIA GENERAL

ELIECER ZERDA ALTAMAR
DIRECTOR

CONFERENCISTA

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Diana Carolina Mena Borja

CC: 1063965777

En el Curso de: **IAMI INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA**

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Basados en el marco de la resolución Nº 616 de 2016 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **20** del mes de **Diciembre** del **2023** con una intensidad de **60 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Directora Académica
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE
LA
SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO TURISTICO, CULTURAL É HISTORICO DE SANTA MARTA,
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

INSTITUTO TECNICO DEL NORTE

Resolución 0384 de la Secretaría de Educación del Distrito Turistico, Cultural e Historico de la Ciudad de Santa Marta

HACE CONSTAR QUE:

Mena Borja Diana Carolina

C.C. 1.063.965.777 de Bosconia, Cesar

ASISTIÓ AL SEMINARIO:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con una Duración de 4 horas

Dado en Santa Marta, Departamento del Magdalena, a los 27 días del mes de Noviembre de 2022

INSTITUTO TÉCNICO DEL NORTE ITN
DIRECTOR GENERAL
HECTOR ZERDA ALTAMAR
DIRECTOR

CONFERENCISTA

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

Diana Carolina Mena Borja

CC 1063965777 de Bosconia - Cesar

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

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

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
EÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Diana Carolina Mena Borja

CC 1063965777 de Bosconia - Cesar

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

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

Fecha de emisión: 2024-01-04
Fecha de vencimiento: 2026-01-04

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Diana Carolina Mena Borja

CC 1063965777 de Bosconia - Cesar

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 página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2023-07-05
Fecha de vencimiento: 2025-07-05

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

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE
LA
SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO TURISTICO, CULTURAL É HISTORICO DE SANTA MARTA,
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

INSTITUTO TECNICO DEL NORTE

Resolución 0384 de la Secretaría de Educación del Distrito Turistico, Cultural e Historico de la Ciudad de Santa Marta

HACE CONSTAR QUE:

Mena Borja Diana Carolina

C.C. 1.063.965.777 Bosconia, Cesar

ASISTIÓ AL SEMINARIO:

SERVICIO ATENCION AL CLIENTE
TECNICA CRM

Con una duracion de 4 horas

Dado en Santa Marta, Departamento del Magdalena, a los 20 días del mes de Marzo de 2022

INSTITUTO TÉCNICO DEL NORTE ITN
DIRECTOR GENERAL

ELIECER ZERDA ALTAMAR
DIRECTOR

JAZBEL ESCORCIA LUBO
CONFERENCISTA

JAIR SOCARRAS ACOSTA
CONFERENCISTA

Libertad y Orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA CAROLINA MENA BORJA

Con Cedula de Ciudadania No. 1063965777

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DE UNA PERSONA CON AFECTACION DE LA SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veinticinco (25) días del mes de junio de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
Subdirector
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

60255589 - 25/06/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número [illegible]

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

Diana Carolina Mena Borja

CC 1063965777 de Bosconia - Cesar

Realizó y aprobó el Curso Protocolo en la Toma de Muestras de Citología con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-11-14
Fecha de vencimiento: 2025-11-15

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
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. 901544869-6

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

Certifica

Diana Carolina Mena Borja

CC 1063965777 de Bosconia - Cesar

Realizó y aprobó el Curso Programa Ampliado de Inmunización - PAI con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-11-12
Fecha de vencimiento: 2025-11-12

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
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

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA CAROLINA MENA BORJA

Con Cedula de Ciudadania No. 1063965777

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EN COLOMBIA

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los siete (7) días del mes de mayo de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
FABIO HERNANDEZ RODRIGUEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

FABIO HERNANDEZ RODRIGUEZ
Subdirector de Centro
CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

58957843 - 07/05/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 921100187077SCC1063965777C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA CAROLINA MENA BORJA

Con Cedula de Ciudadania No. 1063965777

Cursó y aprobó la acción de Formación

PEDAGOGIA HUMANA.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Málaga, a los diez (10) días del mes de mayo de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
JOSE LEONARDO SILVA RIVERA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOSE LEONARDO SILVA RIVERA
Subdirector
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES
REGIONAL SANTANDER

59019853 - 10/05/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9545001871810CC1063965777C.

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S
NIT: 901127782-6
Lic. Salud ocupacional 0460

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 04/01/24 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Nombres y Apellidos: **Diana Carolina Mena Borja**
Cedula Ciudadanía: 1063965777
Sexo: F
Edad:29 Años
Labor a Desempeñar: Auxiliar de Enfermería
Principales Tareas: realizar el cuidado y la atención directa a los pacientes. registrar signos vitales, toma de pruebas diagnósticas, otros asignados.
Celular: 3002259571
Correo: Luisangelortega07@gmail.com

Examen Medico Ocupacional:
Osteomuscular: Arcos de Movilidad
Valoración y Estimación Visual y Auditiva: Rango de Normalidad.
Aptitup al desempeño laboral: Positiva.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación y examen Médico, se procede a verificación de datos. Por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal como visor de protección facial, monogafas, traje anti fluido tipo overol y guantes para la atención de pacientes según clasificación en Bioseguridad. Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias.

Recomendaciones:

- Hábitos de Estilo de Vida Saludable
- Higiene y de Cargo con Pausas Activas
- Uso de EPP
- Cumplimiento de Normas de Higiene y Seguridad en la Empresa.
- Cuidados de Hombro

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.
La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM: 0556 S.S.M - LIC 11030
UNIMETRO - UNIMETRO

SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE
Medico ESP SG-SST
R.M 0556 S.S.M
Lic. S.O. 1301 S.S.M

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S
NIT: 901127782-6
Lic. Salud ocupacional 0460

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos — Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163901-Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	Distrito:SANTA MARTA	Municipio	Distrito:SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 . Barrio: Libertador .
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0343086***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuniquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección:AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Telefono(s):4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico:saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno MinSalud_PS:140033155

Versión 3.0

751802







go.

Manuf.: 04042020
Lot: U3E20
Exp.: 03-2023

AVAXIM 160U
Vacuna contra la hepatitis A (inactivada, adsorbida)
Suspensión inyectable
0,5 ml - 1 dosis
Vía intramuscular
Conservar entre 2°C - 8°C
Agítese antes de usar

Consérvelo

equerir el certificado internacional de vacunación
olicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Diana Carolina

Apellidos: Hena Borja

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1063963777

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 11 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	15/2/22	0129 W233	Yurani B
Fiebre Amarilla	Única	15/05/22	2111CCW122	Yurani B.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	15/2/22	2330L021C	Yurani B
	2	13-06-22	23311011C	Rotary
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		1	06-10-22	2220500422D	Yurani
		2			
		3			
Antirrábica		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza estacional		Anual	15/2/22	P1003208H	Yurani B
Otras	COVID	1	23-10-21	AstraZeneca 40102 S. Gobierno	
		2	20-01-22	AstraZeneca 40102 S. Gobierno	
	HA	1D	13-04-22	U3E20	Rotary

2D 13-12-22

Certificado de Vacunación

Institución: Cajasan 9

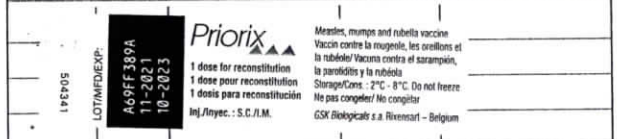
Nombre: Diana Carolina Reyes

Identificación: _____ Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
TV		06-10-2022	A69FF389A	

Cortesía de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador



SPCO.SAPAS.18.07.0081

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-11-23 21:17

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIANA	CAROLINA	MENA	BORJA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1063965777

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CESAR	VALLEDUPAR

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
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	$10.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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:

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

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

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E.	**FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL**	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta- Magdalena		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo	
												M	F
Tipo de Documento								Número		Expedida en		Fecha de Expedición	
C.C.	x	C.E.		T.I.		R.C.		PP		1063965777	Bosconia - Cesar	27/02/2013	

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
29	11	1994	Valledupar - Cesar	urb Villa marina manzana f casa 13	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
luisangelortega07@gmail.com	300 225 9571	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otro, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o esté 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 suministr	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	

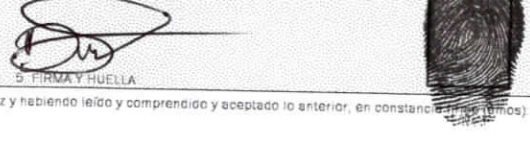
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene 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 ilícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectuen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los



5. FIRMA Y HUELLA

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