HJMB
E.S.E. 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,** Erika Patricia Ortega Mejia, Identificado con Cédula No. 57292299 y Profesión ENFERMERA **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: Erika Ortega Mejia

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	X	
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)**		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA **(CONDUCTOR DE AMBULANCIA)**		
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.**		
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)**		
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).**		
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)	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*.		
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***).	X	
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)**	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	


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 57.292.299
ORTEGA MEJIA
APELLIDOS
ERIKA PATRICIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1980
EL PIÑON
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
02-ABR-2001 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57292299**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57292299	ORTEGA	MEJIA	ERIKA	PATRICIA	2023-02-21, 7:20 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	57292299	ORTEGA	MEJIA	ERIKA	PATRICIA	2023-06-08, 5:44 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	57292299	ORTEGA	MEJIA	ERIKA	PATRICIA	2024-03-13, 2:37 pm

c

HUJMB	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

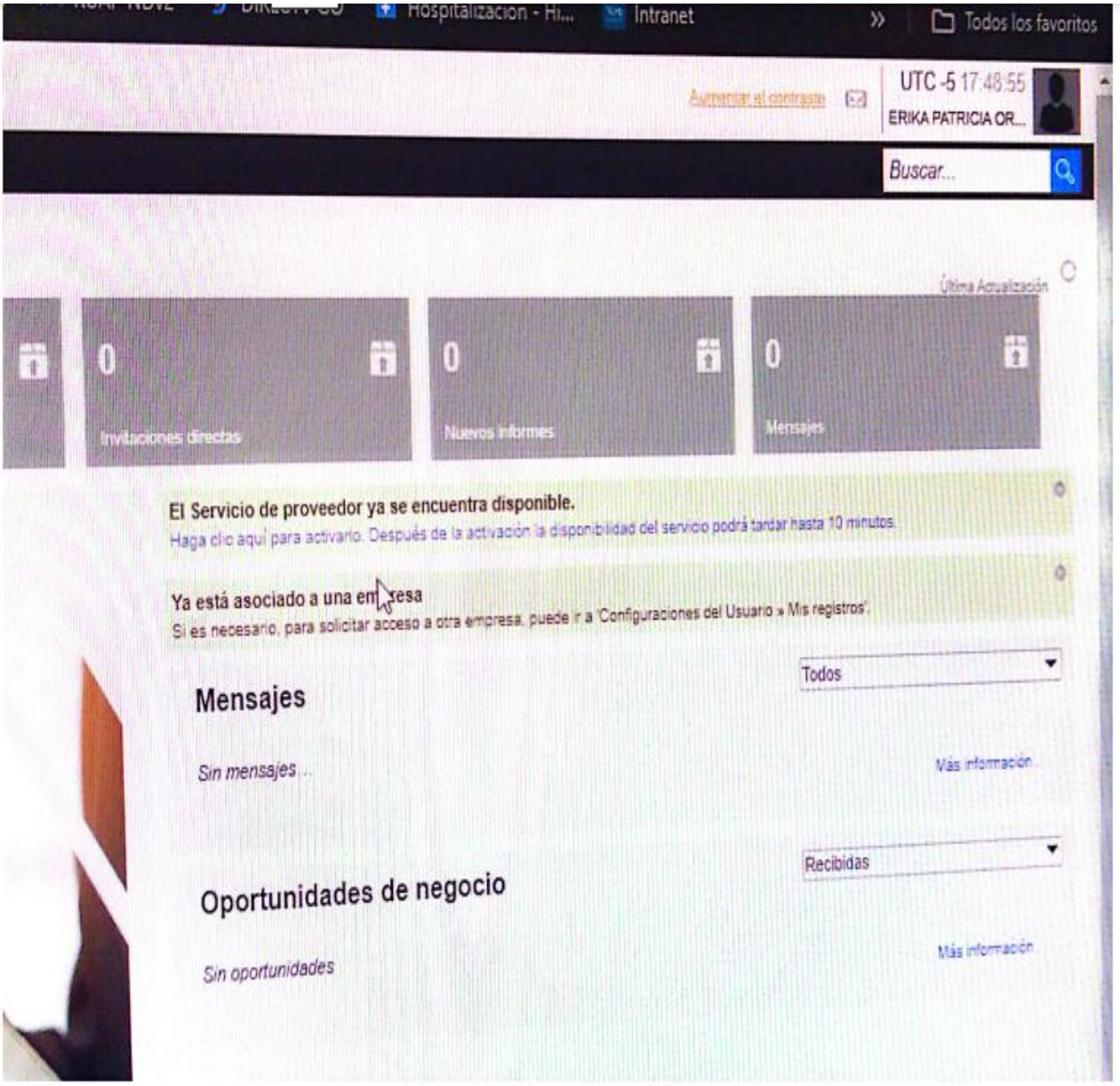
El(la) suscrito(a) Erika Patricia Ortega Hejia identificado con C.C./C.E./P.P No. 57292299 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL 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 Erika Ortega
Nombre Erika Patricia Ortega Hejia
Cédula 57292299

COPIA CONTROLADA


Hospitalización - Hi...
Intranet
Todos los favoritos
Aumentar el contraste
UTC -5 17:48:55
ERIKA PATRICIA OR...
Buscar...
Última Actualización
0
Invitaciones directas
0
Nuevos informes
0
Mensajes
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información

Erika Patricia Ortega Mejía
Enfermera profesional
Email: enfermera2012@hotmail.com
Cel:3004569464
Fecha Nacimiento: 18/04/1980

Estimado Gerente del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Como profesional de enfermería y altamente preparada para el servicio de UCIA he leído con sumo interés su oferta de empleo para cubrir un puesto como enfermera administrativa y asistencial. Mi experiencia se ajusta a los requisitos que solicitan para trabajar en el Hospital universitario Julio Méndez Barreneche. En concreto, tras mi etapa en el Hospital estoy segura que podría aportar valor a su organización.

Por otro lado, mi trayectoria profesional ha afianzado toda una serie de habilidades como la capacidad de planeación organización, y el carácter resolutivo. Así mismo, destacaría mi experiencia en las siguientes tareas:

1. Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial participando en el cuidado integral de las personas.

2. Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa respetando sus valores, costumbres y creencias

3. Cumplir de los principios éticos y legales

4. Desarrollar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud y evaluar y brindar educación al personal de enfermería en los protocolos.

5. Ejecutar actividades de curación administración de medicamentos y cuidados paliativos al individuo

Adjunto mi curriculum en el que pueden comprobar detalles adicionales sobre mi experiencia laboral y logros obtenidos. Gracias por su tiempo y atención.

Atentamente:

Erika Ortega

ERIKA PATRIACIA ORTEGA MEJIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 — Actualización

4. Número de formulario: 14975552605

(415)7707212489984(8020) 000001497555260 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 2 9 2 2 9	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	5 7 2 9 2 2 9	2 0 0 1 0 4 0 2

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
ORTEGA	MEJIA	ERIKA	PATRICIA

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 1 A 5 59 ED LOS ROSALES RODADERO AP 802

42. Correo electrónico: enfermera2012@hotmail.com

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

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 2 0 1 0 4					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma — 56. Tipo — Servicio 1 2 3

57. Modal

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: 2024 - 01 - 25 / 17 : 44: 21

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: ORTEGA MEJIA ERIKA PATRICIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

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
Ortega	Mejia	Erika Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 57292299 | SEXO: F ⊗ M ○ | NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 18 MES 04 AÑO 1980

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: EL PIÑÓN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 24B B NORTE - 16B 67 NORTE apartamento 101

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: _____ EMAIL: enfermera2012@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2001
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	9	X		ENFERMERIA	12	2013	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

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 HOSPITAL 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*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* calle 23 kr 14					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL 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*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* calle 23 carrara 14					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA BENEDICTO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* calle 23 carrara 14					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL EL RETEN MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* EL RETÉN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	06	*Año*	2014	*Día*	16	*Mes*	06	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* karrera 16 barrio el porvenir					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCION EDUCATIVA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA UNIMAGDALENA			PUBLICA X	PRIVADA	PAIS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRONICO						
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Dia	01	Mes	10	Año 2020	Dia	31	Mes	12	Año	2020	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCION						

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	11

6 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SIN(O) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento: Erika Ortega Mejia 14/12/2023

Activar W
Ve a Configu

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Centro Educativo Distrital "Instituto Laura Vicuña"

del Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta, Magdalena

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución 814, del 17 de diciembre de 2001,
Emanada de la Secretaría de Educación Distrital

Confiere a:

Erika Patricia Ortega Mejía

Identificado (a) con R.C. 20120018 Expedida en Santa Marta

El Título de:

Bachiller Académico
Con profundización en Ciencias

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

Expedido en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H., a los 21 días del mes de Diciembre de 2001

En constancia firmamos y Sellamos

Luz M. Bohada de Reyes
Rectora

Secretaria

Registrado para efectos legales en el Libro Nº 1 Folio Nº Registro
Acta general de graduación Nº 24 de fecha 21 de diciembre de 2001

República de Colombia,
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad del Magdalena

Confiere el título de

Enfermera

A

Erika Patricia Ortega Mejía

C.C. No. 57.292.299 de Santa Marta

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello otorga el presente

D I P L O M A

En la ciudad de Santa Marta, a los 6 días del mes Diciembre de 2013

Rector

Secretario General

Registrado en el folio 107 del libro de Diplomas VI de La Universidad del Magdalena

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

ACTA DE GRADO No. 0375

En Santa Marta D.T.C. e·H., siendo las 11:00 A.M. del día 6 del mes de diciembre de 2013, se realizó la graduación en ceremonia colectiva, presidida por el **CONSEJO ACADÉMICO** de la Universidad del Magdalena, otorgando al estudiante:

ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJÍA

C.C. No. 57.292.299 de Santa Marta

El título de **ENFERMERA,** por haber cumplido todos los requisitos exigidos por la **UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** para tal efecto.

Se tomó juramento de rigor a **ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJÍA,** y se hizo entrega del diploma que lo acredita como **ENFERMERA.**

Para constancia se extiende y firma la presente acta:

El Rector, (fdo.) *RUTHBER ESCORCIA CABALLERO*

La Secretaria General, (fdo.) *MERCEDES DE LA TORRE HASBUN*

La presente es copia fiel de su original existente, tomada a los 6 días del mes de diciembre de 2013.

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

Registrado en el folio 089 del libro de Diplomas 42 y registro No. 23109 de la Universidad del Magdalena

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266de 1996 / Ley 911 de 2004:

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.292.299 no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los trece (13) días del mes de febrero del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 47 2360
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) señor (a) **ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No.57.292.299, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** del ejercicio de su profesión según Título de **ENFERMERA,** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA,** según Acta de Grado No. 0375 del día 06 de diciembre de 2013, Diploma Registrado al Libro No. 42.

Que **ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA,** cumplió con el Servicio Social Obligatorio en La E.S.E HOSPITAL LOCAL EL RETEN, El Retén - Magdalena, durante el período comprendido entre el 16 de Junio de 2014 hasta el 16 de Junio de 2015, en la plaza con número de orden 55-E, Resolución No. 0060 del 02 de Febrero de 1997.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTÍCULO **PRIMERO:** Autorizar a **ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA,** identificado (a) Cédula de Ciudadanía 57.292.299, expedida en Santa Marta - Magdalena para ejercer la profesión de **ENFERMERA,** en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

ARTÍCULO **SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó el Título o Certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D. T. C. H. en fecha: 25 AGO 2015

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado por: **Heisell Russo A.**
Revisado por: **Piedad De la Hoz Orozco**

2256

REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACION UNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 57.292.299
ENFERMERA
ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA - UNIMAGDALENA
Santa Marta

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2013-12-06
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 2016-04-01

Creado con | 031 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-03-13--4:19:20 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57292299	ERIKA	PATRICIA	ORTEGA	MEJIA	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) ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA identificado(a) con CC 57292299 registra La siguiente información:

2024-03-13--4:19:20 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2016-04-01	57292300	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|EL RETÉN	2014-06-16	2015-06-16	Programa de Salud Pública	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Activar Windows
La

MALTÉS CCN

CENTRO DE CAPACITACIÓN NACIONAL

Centro de entrenamiento en Emergencias, Urgencias y rescate bajo la Ley general de Educación 115 de 1994 de acuerdo al decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE:

Erika Patricia Ortega mejía

C.C. 57292299

Asistió y cumplió satisfactoriamente los objetivos del curso de

CÓDIGO FUCSIA

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

Bajo lineamientos de la Res. 0459 de marzo de 2012 Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual

Con una intensidad de 20 horas entregado el 16 de Junio de 2023

Renovar el 17 de Junio de 2025

Tatiana Martinez.

TATIANA MARTINEZ
Coordinadora
Nacional Maltés CCN

JORGE ISAAC ALVAREZ
Dirección de Capacitaciones
Instructor certificado ACES internacional
AR-1/2019-2029

CENTRO DE CAPACITACIÓN MALTÉS CCN INTERNACIONAL

Confirmación de certificados validaciones@maltesccn.com www.maltesccn.com

J&E Medicall

OTORGA A:

ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA

Cédula de ciudadanía:57292299

Haber cumplido con todas las obligaciones correspondientes al respectivo plan de estudios, aprobando:

CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO (BLS - ACLS)

72 Horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Santa Marta a los cinco (5) días del mes de diciembre de 2022. La presente certificación se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional.

Dr. Carlos David Arango Pereira
Director de J&E Medicall

ASOCEMEC

Dr. Jaime Luis Camargo Páez
Representante Legal

EDUCACION PARA EL TRABAJO
LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO 1630/2019

ASESORIAS EDUCATIVAS DE COLOMBIA "ASESORAMB"

En cumplimiento del Artículo 43 de la ley 115 del 1994

Y la licencia de funcionamiento 1630 de secretaria de educación distrital de Santa Marta

Certifica que

ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA

CON C.C 57.292.299

PARTICIPO ACTIVAMENTE EN EL DIPLOMADO

CUIDADO INTENSIVO EN ADULTOS

CON UNA INTENSIDAD DE 150 HORAS

se realizó en modalidad virtual

En constancia de lo anterior es firmado en Santa Marta 08 diciembre del 2020

COORDINADOR EDUCATIVO **DIRECTOR ASESORAMB** **SECRETARIA ASESORAMB**

DIPLOMADO CUIDADOS INTENSIVO 2020

ASESORAMB

J&E Medicall

OTORGA A:

ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA

Cédula de ciudadanía:57292299

Haber cumplido con todas las obligaciones correspondientes al respectivo plan de estudios, aprobando:

CURSO DE GESTIÓN DEL DUELO

72 Horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Santa Marta a los cinco (5) días del mes de diciembre de 2022. La presente certificación se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional.

Dr. Carlos David Arango Pereira
Director de J&E Medicall

ASOCEMEC

Dr. Jaime Luis Camargo Páez
Representante Legal

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Erika Patricia Ortega Mejia

CC 57292299 de Santa Marta

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

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

Fecha de emisión: 2023-02-22
Fecha de vencimiento: 2025-02-22

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

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 20/02/2023 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA
CC: 57.292.299 Sexo: F Edad: 42 AÑOS
Labor a Desempeñar: ENFERMERA JEFE

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: ○ HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE ○ CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA ○ PAUSAS ACTIVAS ○ USO DE EPP

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador 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. El trabajador ha declarado bajo la gravedad de juramento, que los datos he suministrado para la elaboracion del presente document son veraces y que no ha omitido informacion alguna sobre su estado de salud.
No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
TM. 0556 S.S.M - LIC. 11030
UNIVERSIDAD UNIVERSITEC

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

HOSPITAL LOCAL EL RETEN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
MUNICIPIO DE EL RETEN-MAGDALENA
NIT 819001796-1
GERENCIA

EL SUSCRITO GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL EL RETE

CERTIFICA QUE:

La señora: **ERIKA PATRICIA ORTEGA MEGIA**, identificada con cedula de ciudadanía No.57.292.299 de Santa Marta- Magdalena, realizó un año de (S.S.O) Servicio Social Obligatorio como Enfermera en la Plaza correspondiente a la E.S.E, a probada con el número de Orden 55-E y radicada en el libro de registros con el No. 0060 del 02 de febrero de 1997. En el periodo comprendido entre (16) de junio del 2014 hasta el 16 de junio del 2015.

Para mayor constancia se firma a los (29) días del mes de Julio de 2015.

Atentamente,

ALVARO RUIZ VENCE
Gerente

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la Salud
NIT No 900.099.151 – 4
Calle 23 No 14 -46 Tel. 4236265 – 4236207
Email: Clinicabenedicto@hotmail.com
Santa Marta Magdalena

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que **ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 57.292.299 expedida en Santa Marta, laboró en esta institución desde el 01 de Marzo de 2016 hasta el 28 de Febrero de 2018, como ENFERMERA JEFE DE UCI ADULTO, con Contrato de Trabajo a Término Fijo.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado, el Veintitrés (23) de Febrero de 2019.

ROSALIN AYOLA BROCHERO
Coordinadora de Talento Humano

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

DE

CARDIOVIDA OUTSOURCING SAS

CERTIFICA QUE

La señora ERIKA ORTEGA, identificada con cedula de ciudadanía N° 57.292.299 de Santa Marta - Magdalena, presto sus servicios en el Área de UCI COVID, desempeñándose como Enfermera Jefe, cumpliendo a cabalidad con las funciones propias del cargo y protocolos de bioseguridad exigidos, iniciando labores el día primero (1) de julio de 2020 finalizando el 15 de octubre del mismo año, recibiendo en contraprestación la suma de Dos Millones Ochocientos Mil Pesos ($2.800.000.oo MLV), mensuales.

Para constancia de lo anterior se firma a los cinco (05) días del mes de marzo de 2021

Cordialmente,

VALERIA DIAZ BATE
Jefe de Talento Humano

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 57292299 **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 06:24 PM

Código Verificación: **WH5XLUR4KZ**

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO TD					
HEPATITIS B	1	30-01-2020	UFX19002		
		1-03-20			

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA				
FIEBRE TOFOIDEA				
DPT ACELULAR				

ESTE CARNÉ ES VALIDO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
SERA EXIGIDO PARA ENTRAR EN ZONAS DE RIESGO



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Caja de Compensación Familiar del Magdalena
"Somos parte de tu familia"

NOMBRES	Erika Patricia
APELLIDOS	Ortega Mejía.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. 57.292.299
FECHA DE NACIMIENTO	aaaa 1980 mm 04 dd 18

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO				
VARICELA	30-01-2020	A70403524		
NEUMOCOCO				
INFLUENZA				

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
ZOSTAVAX HERPES ZOSTER				
HEPATITIS A				
	30-01-2020	A69F08883		

OBSERVACIONES:

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-02-22 10:28

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ERIKA	PATRICIA	ORTEGA	MEJIA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57292299

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	EL PIÑON

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$2.900.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$2.900.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57292299
NOMBRES Y APELLIDOS	Ortega Mejia,Erika Patricia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente, Independiente Con
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ortega Mejia,Erika Patricia, a los 06 días del mes de diciembre del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ERIKA PATRICIA ORTEGA MEJIA, identificado(a) con C.C 57.292.299, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 13 de marzo de 2024.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		01/04/2022

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos:	JORLEYDIS DIAZ GUTIERREZ											Sexo		
												M	F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	57292299	SANTA MARTA	02/04/2001

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
18	4	1980	EL PIÑON	CALLE 24 16 - 67 LOS ALCAZARES	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
enfermera2012@hotmail.com	3004569464	

Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado					8610			

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
ENFERMERA	Actividades de hospitales y clínicas, con internación

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
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta	Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
	SANTA MARTA	ALCAZARES	

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 2,600,000	Total Egresos mensules: 2,000,000
Otros Ingresos Mensules:	Otros Egresos Mensuales:
Total Activos: 2,600,000	Total Pasivos

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

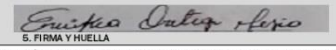
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene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

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

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



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