
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.004.278.010
LOPEZ ORTEGA
APELLIDOS
MILAGRO JOSE
NOMBRES
Milagro Lopez
FIRMA
REPÚBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-2000
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
10-DIC-2018 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-2103100-01058408-F-1004278010-20190126
0064355998A 1
51384776

Hospital San Rafael E.S.E.

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

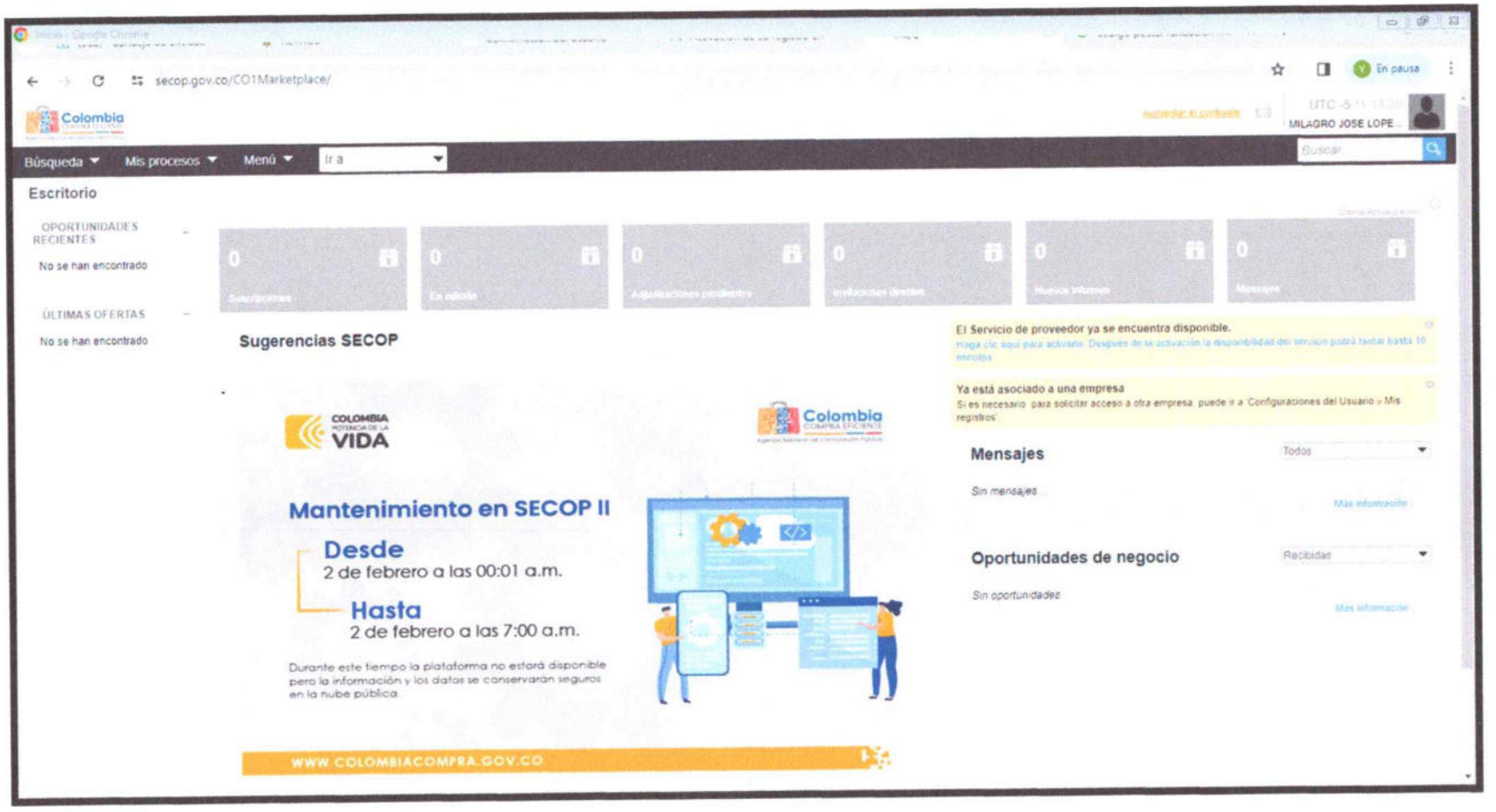
¡RESULTADOS DEL CAMBIO!

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Milagro Lopés Ortega, Identificado (a) con Cédula No. 1004.278.010. y Profesión Auxiliar de Enfermería **AUTORIZO** que la **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hospital con fines de contratación.

FIRMA: Milagro Lopés Ortega

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL (Auxiliares de enfermería, Enfermeras jefes, Instrumentadoras Quirúrgicas, Fisioterapeutas, Bacteriólogos, Psicólogos, Nutricionista, Médicos Generales y Especialistas) - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	**SI**	**N/A**
1	Cedula de Ciudadanía	✓	
2	Lista de Chequeo firmada	✓	
3	Capture de pantalla – Usuario Secop II (Pantallazo)	✓	
4	Propuesta de Servicios	✓	
5	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		✓
6	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTORES**)		✓
7	RUT - Registro Unico Tributario (Del año Vigente)	✓	
8	Hoja de Vida — Función pública (Sigep)	✓	
9	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
10	Certificado de antecedentes **ETICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo, Enfermeras, Fisioterapeutas **(fecha vigente –MES actual)**.		✓
11	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica)**		✓
12	Resolución departamental para ejercer profesión	✓	
13	Tarjeta Profesional (Si aplica)		✓
14	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	✓	
15	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos Generales**), desde **$400.000.000** millones de pesos (**Especialistas**) y desde **$100.000.000** millones de pesos. (**Auxiliares de enfermería, enfermeras jefes, fisioterapeutas, instrumentadoras quirúrgicas, Psicólogos, nutrición**)	✓	
16	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	✓	
17	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
18	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras, Médicos, especialistas y auxiliares de enfermería **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
19	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		✓
20	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continúa en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas.		✓
21	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTION DEL DUELO** (Enfermeras jefes, médicos generales, especialistas y Psicólogos)	✓	
22	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **TOMA DE MUESTRAS** (Auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes)	✓	
23	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas).		✓
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continúa en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Médicos Generales, especialistas, auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes).	✓	
25	Curso de Humanización en los servicios de salud (Área Asistencial en General)	✓	
26	Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Médicos Generales, auxiliares de enfermería y Enfermeras Jefes)	✓	
27	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**)	✓	
28	Soporte de experiencia laboral. (Certificaciones laborales)	✓	
29	Vacunas (**HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA**) (todo el personal asistencial)	✓	
30	Formato **DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES** — Diligenciar en la Página web (**https:// https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013) con fecha actualizada.**	✓	
31	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
32	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	✓	
33	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	—	
34	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM	✓	
35	Certificación Bancaria (Del año Vigente)	✓	

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo del Área de


secop.gov.co/CO1Marketplace/
Colombia
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
MILAGRO JOSE LOPE
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Sugerencias SECOP
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'
COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA
Colombia COMPRA EFICIENTE
Mantenimiento en SECOP II
Desde
2 de febrero a las 00:01 a.m.
Hasta
2 de febrero a las 7:00 a.m.
Durante este tiempo la plataforma no estará disponible pero la información y los datos se conservarán seguros en la nube pública
WWW.COLOMBIACOMPRA.GOV.CO
Mensajes
Todos
Sin mensajes
Más información
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información

Fundación, 4 de Abril de 2024

PROPUESTA ECONÓMICA

Dra. LUCIA XIMENA COLLAZOS GONZALEZ
Gerente hospital San Rafael de Fundación

ASUNTO: PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.

El presente documento tiene como principal objetivo brindar de una manera clara y sencilla el alcance de los servicios que pongo a su amable consideración como "prestación de servicios como auxiliar en enfermería de los equipos básicos de salud de la E.S.E. Hospital Departamental San Rafael de Fundación".

ALCANCES DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

1. Ejecutar en forma idónea, transparente y eficaz el objeto de la presente propuesta.

2. Desarrollar y fortalecer las habilidades y capacidades de los grupos familiares o no familiares para el cuidado de sí mismo, del otro y del medio ambiente, la sana convivencia y la protección de cada uno de sus integrantes, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, personas mayores.

3. Promover el mejoramiento de los ambientes físicos de la vivienda y el entorno, controlar los riesgos asociados a condiciones socioambientales desfavorables y promover los factores protectores para la salud y la calidad de vida.

4. Identificar las condiciones de salud las personas, familias y comunidades en los microterritorios y gestionar la respuesta efectiva en salud a las diferentes modalidades de atención (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).

5. Promover y facilitar respuestas integrales a las necesidades de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación de la oferta de los servicios sociales, conforme al contexto poblacional y acorde con el curso de vida.

6. Desarrollar procesos educativos que faciliten a las personas elegir y adoptar prácticas favorables a la salud, prácticas de cuidado, compañía y desarrollo de vínculos afectivos y sociales positivos para el desarrollo humano.

7. Desarrollar espacios de participación social y popular por cada vereda- barrio donde operen los equipos básicos de salud.

8. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio.

9. Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas.

10. Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio.

11. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación

12. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.

13. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.

14. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.

15. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.

16. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.

17. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo

18. Las demás que surjan en el ejercicio de sus competencias de acuerdo al contrato o que le sean asignadas por la entidad contratante de acuerdo a los lineamientos del ministerio de salud y protección social.

PLAZO

El plazo de la propuesta es según lo establecido en los estudios previos.

VALOR

El valor de la presente propuesta es según lo establecido en los estudios previos.

FORMA DE PAGO

Según lo establecido en los estudios previos.

Cordialmente,

Milagro Lopez Ortega.

MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA
C.C. 1.004.278.010 de Fundación Magdalena
CEL: 3003564002
EMAIL: MILAGROJOSELOPEZORTEGA@GMAIL.COM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14954755662

(415)7707212489984(8020) 000001495475566 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 4 2 7 8 0 1 0	3	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	19	

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	1004278010	2024 02 23

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Fundacion 2 8 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	ORTEGA	MILAGRO	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Fundación 2 8 8

41. Dirección principal: TR 28 A # 1A - 16

42. Correo electrónico: milagrojoselopezortega@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 2 4 2 3 0 2							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2024 - 02 - 23 / 10 : 00: 05

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 LOPEZ ORTEGA MILAGRO JOSE

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 23-02-2024 10:06:20AM

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
LOPEZ	ORTEGA	MILAGRO JOSE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 100.4 278.010

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 16 MES 11 AÑO 2000

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: MAGDALENA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Transversal 28ª # 1ª-16 Brisas del Rio

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: FUNDACION

TELÉFONO: 300.356.4002 EMAIL: milagrojoselopezortega@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUN ARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Técnica Comercial

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2018

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	4	X		Técnico de auxiliar de Enfermería.	12	2020	

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

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*
ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	**X**		**COLOMBIA**

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	**FUNDACION**	**epazdelrio@gmail.com**

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3017163606	DÍA 3 MES 03 AÑO 2021	DÍA 20 MES 11 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	**URGENCIA Y CONSULTA EXT.**	**Calle 3 N° 14-35. Barrio Paz del Río**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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		8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ 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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Milagro López Ortega.

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

Institución Educativa
"JHON F KENNEDY"

Fundación – Magdalena

Aprobado oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental del Magdalena

Mediante Resolución N°1276 del 6 de Diciembre de 2016

C O N F I E R E A:

Milagro José López Ortega

Identificada con: C.C. No 1.004.278.010 de Fundación-Magd.

El Titulo de

BACHILLER TECNICO COMERCIAL CON ENFASIS EN TECNOLOGIA E INFORMATICA

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral Correspondiente al nivel de educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional P. E. I. de la Institución

YINA PADILLA MARTINEZ
Rectora

CARMEN BUELVAS RAMIREZ
Secretaria

Anotado en el control interno del plantel

Libro No. 2 Folio No. 17 Diploma No 29

Dado en Fundación a los 30 días del mes Noviembre del año 2018

Acta Individual de Grado

Institución Educativa Departamental Jhon F Kennedy

En Fundación Magdalena a los 30 días del mes de Noviembre del año 2018 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, el suscrito Rector y la Secretaria general de la:

Institución Educativa Departamental Jhon F Kennedy

Aprobada por resolución N° 1276 del 6 de Diciembre de 2016 en el Nivel de educación Media Técnica y autorizada por la Secretaria De Educación Departamental. Comprobada la situación legal y académica de cada una de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se Procedió a la entrega del título de:

BACHILLER TECNICO COMERCIAL CON ENFASIS EN TECNOLOGIA E INFORMATICA

Al graduando cuyos apellidos, nombres y documento de identidad se relacionan a continuación:

López Ortega Milagro José

Identificada con: C.C. No 1.004.278.010 de Fundación-Magd.

Es fiel copia del Acta General de graduación número 6 anotado en Libro interno No. 2 Folio 18 Acta 29 de fecha 7 Diciembre de 2018 que consta de 68 Alumnos que comienza con el nombre de ALFARO RANGEL MAILI PAOLA y se cierra con el nombre de VIZCAINO MORENO STEFANY LIZETH

Firmada y sellada por:
Magister: YINA PADILLA MARTINEZ (Rectora)
CARMEN BUELVAS RAMIREZ (secretaria)

Mg. Yina Padilla Martínez
Rectora

Carmen Buelvas Ramírez
Secretaria

Dado en Fundación a los 30 días del mes de Noviembre de 2018

Y EN SU NOMBRE LA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA A LA:

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con licencia de funcionamiento según resolución No. 001 del 31 de Enero del 2003 y 494 del 27 de julio de 2010 modificada por la resolución No 0008 del 27 enero del 2017 y con registro del programa No. 0030-09 del 31 de enero 2017, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A:

MILAGRO LOPEZ ORTEGA

Identificado(a) con la C.C. 1004278010 expedida en Fundacion.

Por haber cursado y aprobado el programa de aptitud ocupacional por competencias como técnico laboral en Auxiliar En Enfermería, con una intensidad de 1.800 horas.

Expedida en Fundación, Departamento del Magdalena, a los diecinueve (19) días del mes de Diciembre de 2020.
En constancia firmamos y sellamos

Lic. Manuel Santodomingo Pereira
Director

Alcides Varela Suarez
Coordinador Académico

Certificado de Ceremonia

A los Diecinueve (19) días del mes de Diciembre de Dos Mil Veinte (2020), *en la ciudad de Fundación Departamento de Magdalena se reunió la* directiva de la **CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE COTECNOR**, Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano con el fin de dar cumplimiento a la ceremonia de graduación.

El acto estuvo presidido por el Licenciado **MANUEL SANTODOMINGO PEREIRA** Director de COTECNOR acompañado por docentes y algunas personalidades.

Una vez declarada abierta la sesión y leída el acta ante el auditorio y teniendo en cuenta que el (la) estudiante.

LOPEZ ORTEGA MILAGRO

Identificado (a) con la C.C. 1004278010 exp en Fundacion.

Curso y aprobó todos los estudios programados por el Centro Educativo y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Acto seguido se tomó al graduado el juramento, se procedió a la entrega del diploma y se levantó la sesión.

En testimonio de lo anterior se firma el presente Certificado de Ceremonia en la ciudad de Fundación (Magd.) A los diecinueve (19) días del mes de Diciembre de Dos Mil Veinte (2020).

Lic. Manuel Santodomingo P.
Director COTECNOR

Alcides Varela Suarez
Coordinador Académico

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

036

RESOLUCIÓN No 47-3554 **-DE** 05 DIC 2022

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) **MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.004.278.010, expedida en Fundación - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA,** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, el cual le fue otorgado por LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE COTECNOR", con Certificado de Ceremonia S/N del 19 de diciembre de 2020.

Que con la solicitud el(la) señor(a) MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA 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) MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA 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:

ARTÍCULO ÚNICO: Autorizar a **MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.004.278.010, expedida en Fundación - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA,** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 05 DIC 2022

ZENAIDA ORTIZ HERAS
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	Betsy Núñez Jiménez	Contratista	
Revisó	Yolenis Ponzón Martinéz	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.

Powered by CamScanner

Resultado General -2024-02-15--10:37:37 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1004278010	MILAGRO	JOSE	LOPEZ	ORTEGA	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) MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA identificado(a) con CC 1004278010 registra La siguiente información:

2024-02-15--10:37:37 AM

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	2022-12-05	3554	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	2022-02-02	470249	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).

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA	802053862
CERTIFICADO	RM24868
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO	0900144782

DD MM AAAA

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: SADELGADO TIP CERTIFICADO: Nueva producción FECHA EXPEDICION: 13 03 2024

TOMADOR	MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA	C.C. O NIT:	1004278010 3
DIRECCIÓN:	TV 28 A 1 A 16	CIUDAD:	FUNDACION
E-MAIL:	MILAGROJOSELOPEZORTEGA@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3003544002
ASEGURADO:	MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA	C.C. O NIT:	1004278010
DIRECCIÓN:	TV 28 A 1 A 16	CIUDAD: FUNDACION	TEL. 3003544002
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT:	0000000000
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	TEL.

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 11 03 2024	HASTA 11 03 2025			100,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	ESCOBAR GUERRERO, JAIME RAFAEL					PRIMA NETA	PESOS	108,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	20,520.00
						TOTAL		128,520.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	11-03-2024	11-03-2025	0.00	100,000,000.00	108,000.00	10	2,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	11-03-2024	11-03-2025	0.00	20,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	11-03-2024	11-03-2025	0.00	20,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	11-03-2024	11-03-2025	0.00	20,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	11-03-2024	11-03-2025	0.00	20,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESIÓN: AUXILIAR EN ENFERMERIA.
SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA.

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04

(415)7709998911901(8020)0900144782

María Juana Herrera Rodriguez
CC: $2.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

www.svsoportevital.com

Soporte Vital

CERTIFICA

La asistencia De:

Milagro José López Ortega

CC No 1.004.278.010

Profesión:

Auxiliar de Enfermería

En el Curso de:

CODIGO FUCSIA

Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en el municipio de Fundación, (Magdalena), el dia 29 del mes de febrero de 2024 con una intensidad de 48 horas. Este certificado tiene vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

Código de Verificación: **SV040682**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos | Minsalud

3117150147
3054257989
ventas@svsoportevital.com
soportevitalbaq@gmail.com
B/quilla Col

www.svsoportevital.com

Soporte Vital

CERTIFICA

La asistencia De:

Milagro José López Ortega

CC No 1.004.278.010

Profesión:

Auxiliar de Enfermería

En el Curso de:

Soporte Vital Básico y Avanzado

Según lo establecido por la asociación americana del corazón

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en el municipio de Fundación, (Magdalena) el día 02 del mes de marzo de 2024 con una intensidad de 48 horas. Este certificado tiene vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

Código de Verificación: **SV05368**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos | Minsalud

3117150147
3054257989
ventas@svsoportevital.com
soportevitalbaq@gmail.com
B/quilla Col

www.svsoportevital.com

Soporte Vital

CERTIFICA

La asistencia De:

Milagro José López Ortega

CC No 1.004.278.010

Profesión:

Auxiliar de Enfermería

En el Curso de:

Gestión del Duelo

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en el municipio de Fundación, (Magdalena) el dia 28 del mes de febrero de 2024 con una intensidad de 20 horas.

Código de Verificación: **GD02654**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos | Minsalud

3117150147
3054257989
ventas@svsoportevital.com
svsoportevitalbaq@gmail.com
B/quilla Col

Soporte Vital

CERTIFICA

La asistencia De:

Milagro José López Ortega

CC No 1.004.278.010

Profesión:

Auxiliar de Enfermería

En el Curso de:

Toma de Muestras

De Laboratorio Clínico

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en el municipio de Fundación, (Magdalena) el dia 03 del mes de marzo de 2024 con una intensidad de 20 horas.

Código de Verificación: **TM08819**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos | Minsalud

www.svsoportevital.com

Soporte Vital

C E R T I F I C A

La asistencia De:

Milagro José López Ortega

CC No 1.004.278.010

Profesión:

Auxiliar de Enfermería

En el Curso de:

Atención Integral a Víctimas de Ataque Con Agentes Químicos

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en el municipio de Fundación, (Magdalena) el dia 02 del mes de marzo de 2024 con una intensidad de 48 horas. Este certificado tiene validez de 2 años a partir de la fecha de expedición.

Código de Verificación: **AQ05355**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos | Minsalud

3117150147
3054257989
ventas@svsoportevital.com
svsoportevitalbaq@gmail.com
B/quilla Col

Soporte Vital

CERTIFICA

La asistencia De:

Milagro José López Ortega

CC No 1.004.278.010

Profesión:

Auxiliar de Enfermería

En el Curso de:

HUMANIZACION

En los servicios de la Salud

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo . 6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

.

Realizado en el municipio de Fundación, (Magdalena) el día 23 del mes de febrero de 2024 con una intensidad de 20 horas.

Código de Verificación: **HM02915**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos | Minsalud

www.svsoportevital.com

SV Soporte Vital

CERTIFICA

La asistencia De:

Milagro José López Ortega

CC No 1.004.278.010

Profesión:

Auxiliar de Enfermería

En el Curso de:

Diagnóstico y Manejo Del Dengue

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo . 6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado en el municipio de Fundación, (Magdalena) el día 05 del mes de marzo de 2024 con una intensidad de 20 horas.

Código de Verificación: **DM02653**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos Minsalud

3117150147
3054257989
ventas@svsoportevital.com
svsoportevitalbaq@gmail.com
B/quilla Col







JUAN GUILLERMO ROMERO SOLANO
MEDICO-ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad: Fundación / Magdalena Fecha del certificado: 08/ENERO/2024

Certificado para: Ingreso: ■ Periódico: ☐ Retiro: ☐

1. Datos de idenficacion del aspirante o servidor judicial

Nombres: MILAGRO JOSE Apellidos: LOPEZ ORTEGA

Cedula de Ciudadania N°:1.004.278.010 Sexo: Femenino_X___Masculino _____Edad: 23 años.

Cargo al que aspira/en el que se desempeña: AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Concepto:

El servicio medico ocupacional con el Doctor JUAN GUILLERMO ROMERO SOLANO, medico especialista en Salud opcupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto___X____

Apto con restricciones que no interfieren con su trabajo normal_____ Apto con resticciones que limitan su trabajo normal_____

Aplazado_____ No Apto_____

3. Recomendaciones Medicas Ocupacionales:

Para el trabajador: Pausas activas, uso de EPP, cumplir protocolo de bioseguridad para prevencion deCovid-19. Lávese las manos de forma continua. Uso permanente de cubre bocas

Para el área de trabajo:

USO DE EPP DE ACUERDO AL PANORAMA DE RIESGOS

CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCION DE COVID-19

4. Restricciones Medicas ocupacionales:

NINGUNA

Firma - Medico Ocupacional
Juan G. Romero Solano
L.S.O. N° 0849

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO DE LA ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

CERTIFICO:

Que la Señorita: **MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA,** identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.004.278.010 de Fundación (Mag), realizo practicas académicas de **AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS AREAS (URGENCIAS, P Y P, LABORATORIO)** a partir del Veinte y uno (21) de Abril del 2021 hasta el Veinte y uno (21) de Junio del 2021, por un periodo de tres (03) meses.

Durante este tiempo demostró profesionalismo, gran capacidad de trabajo y responsabilidad en el cumplimiento de sus funciones.

Para mayor constancia se firma en fundación (mag) a los Treinta y un (31) días del mes de Enero del 2022.

ANGELICA RESTREPO STARITA
PROFESIONAL UNIVERSITARIA
ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	17/3/23	233161X	Dubo Lenis
	2	5/6/23	233216XP	Elmis B.
	3		boostrix	
	4			
	5		LOT/ EXP : [redacted]	
TdaP acelular	1	20-4-23		Elmis Barris
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	14-03-24	UVX 7003	IPS Natalis
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	2/6/23	230049	Elmis Barris
Otras				

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Hilagros

Apellidos: Lopez Ortego

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1004278010

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 11 Año 2000

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombres y Apellidos: MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA Documento: CC 1004278010 Fecha Nacimiento: 01/01/0001 Fecha Generación: 16/02/2024

Edad	Me protege de	Dosis	Tipo Esquema	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador
				Dia	Mes	Año				Dia	Mes	Año	
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Primer Refuerzo	PAI Adicional	31	1	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	27	1	2038	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Primera	PAI Adicional	14	5	2021	Sinovac	C202104055	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	11	6	2021	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Segunda	PAI Adicional	26	6	2021	Sinovac	202104007M	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO				ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	PAI Adicional	2	6	2023	BUTANTAN	230049	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	1	6	2026	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
Sin rango de edad	TD Adulto	Primera	PAI Adicional	17	3	2023	Serum	2331L027C	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	14	3	2032	DUBIS ESTHER SERNA MARTINEZ
Sin rango de edad	TD Adulto	Segunda	PAI Adicional	2	6	2023	Serum	2332L004B	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	2	7	2023	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
Sin rango de edad	TdaP Acelular Gestantes	Anual	PAI Adicional	20	4	2023	Glaxo SmithKline	AC37B390CD	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	17	4	2032	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ

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	2024-03-06 08:37

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MILAGRO	JOSE	LOPEZ	ORTEGA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004278010

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Dirección	[" CALLE 16 - 5A 46 BARRIO SAN BERNARDO"]
Cargo o función que cumple	AUXILIAR ÁREA 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

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:

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011997547	1|5|0|3|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐ B. Colectiva ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
LOPEZ (Primer apellido)	ORTEGA (Segundo apellido)	MILAGRO (Primer nombre)	JOSE (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1004278010	Femenino ☒ Masculino ☐	1|6|1|1|2|0|0|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia			
CL 11 64 59 **Dirección**	**Telefono fijo**	3187959934 **Telefono celular**	MILAGROLOPEZ56@GMAIL.COM **Correo electronico**
FUNDACION **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	CORREGIMIENTO 1 **Localidad / comuna**	MAGDALENA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad			Condición	
		F	Tipo N	M	T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

32. Datos de residencia					
	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS FUNDACION - VS FUNDACION	VSFUNDACIO - VSFUNDACIO
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA	CC	1004278010	01

39.Ubicación				
CL 11 64 59 Dirección	4323232 Teleéfono	MILAGROLOPEZ56@GMAIL.COM Correo electrónico	FUNDACION Municipio/distrito	MAGDALENA Departamento

No de Radicacion
4011997547

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|5|0|3|2|0|2|4

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Milagro Lopez	Milagro Lopez
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
LOPEZ	ORTEGA	MILAGRO	JOSE

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1004278010	RC TI X CE PA	2000 11 16	M X	2024 15 03

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X NO

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA identificado con el documento de identidad: C No. 1004278010, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico milagrolopez56@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): Milagro Lopez

Nombres y Apellidos: MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA
Número de identificación: 1004278010

Fecha de diligenciamiento
2024 15 03

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____

Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) Milagio Lopez

Número de identificación: 1004278010

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

Salud Total EPS

M-PYGA-F097 V 2.0 2021

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MILAGRO JOSE LOPEZ ORTEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.278.010**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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 1004278010 **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 15/02/2024 12:11 PM

Código Verificación: **2VBPUF5CSZ**

Válida hasta: **15/05/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona LOPEZ ORTEGA,MILAGRO JOSE identificado(a) con CC 1004278010 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 326428794 desde el 24 de febrero de 2024, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 24 de febrero de 2024, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota