

Santa Marta. D.T.C.H,

Señor Coronel  
Gustavo verdugo Garavito  
Comandante Policía Metropolitana De Santa Marta

Oferta de servicios Como auxiliar de enfermería

Cordial Saludo.

Cordialmente me dirijo a usted, con el fin de entregar mi hoja de vida con todos los soportes de mi carrera como diplomas, capacitaciones y experiencias laborales y ante todo ofrecer mis servicios profesionales como AUXILIAR DE ENFERMERA ante la convocatoria realizada actualmente y brindar la atención a los usuarios del sistema de salud de la Policía Nacional.



---

**NIRYS MARIA OROZCO TEJEDA**

CC: 36.719.871. Expedida en Santa Marta (Magdalena)



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>Orozco</b>		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <b>Tejeda</b>		NOMBRES <b>Nerys Maria</b>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>36.719.871</b>			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <b>20</b> MES <b>02</b> AÑO <b>1977</b> PAÍS <b>Colombia</b> DEPTO <b>Magdalena</b> MUNICIPIO <b>Santa Marta</b>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <b>Carrera 16 B No 1-125</b> PAÍS <b>Colombia</b> DEPTO <b>Magdalena</b> MUNICIPIO <b>Santa Marta</b> TELÉFONO <b>4301920</b> EMAIL <b>ninysmaria@hotmail.com</b>		

## 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: <b>Bachiller Académico</b>		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10			
									<input checked="" type="checkbox"/>	MES <b>12</b>	AÑO <b>1995</b>	

**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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<b>TC</b>	<b>3</b>	<input checked="" type="checkbox"/>		<b>Auxiliar de Enfermería</b>	<b>06</b>	<b>1999</b>	<b>0556</b>

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

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

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Salud Policía Nacional</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>	MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>6no. Demog. Policía gov. com</i>	
TELÉFONOS <i>4234831</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>17</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2009</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Auxiliar Enfermería</i>	DEPENDENCIA <i>Salud</i>	DIRECCIÓN <i>Calle 26 No 2B-51 Florencia</i>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Clínica Bogar</i>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>	MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>4349230</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>10</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2004</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>10</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2008</i>
CARGO O CONTRATO <i>Auxiliar Enfermería</i>	DEPENDENCIA <i>Asistencial</i>	DIRECCIÓN <i>Cnd 16 E No 7-02</i>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
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.

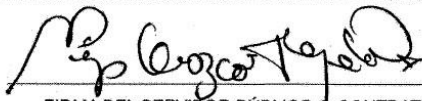
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	15	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>20</b>	

**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 \_\_\_\_\_



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 \_\_\_\_\_



El servicio público es de todos

Función Pública

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

Yo, Mirys Maria Orozco Tejeda
IDENTIFICADO CON: C.C.x C.E. T.I. N° 36.719.871
CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Magdalena Municipio Santa Marta
Dirección Carretil 16 B No 1-125 Teléfonos 4301920

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

Table with 3 columns: NOMBRES Y APELLIDOS, DOCUMENTO DE IDENTIDAD, PARENTESCO. Rows include Olmedo Rafael Orozco Muñoz (Padre), Mariana Tejeda De Orozco (Madre), Jose Alexander Yus Orozco (Hijo), and Evelyn Julieth Yus Orozco (Hija).

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

Table with 2 columns: CONCEPTO, VALOR. Rows include SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES (1.140.135), CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS, GASTOS DE REPRESENTACION, ARRIENDOS, HONORARIOS, OTROS INGRESOS Y RENTAS, and TOTAL (\$).

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

Table with 5 columns: ENTIDAD FINANCIERA, TIPO DE CUENTA, NUMERO DE LA CUENTA, SEDE DE LA CUENTA, SALDO DE LA CUENTA. Row: Banco De Bogotá, C. Ahorros, 235033433, C. Com Odeam.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Table with 3 columns: TIPO DE BIEN, IDENTIFICACION DEL BIEN, VALOR. Rows are currently blank.

EMPLEADOR O CONTRATANTE

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)**

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/

**1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
/	/
/	/
/	/

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
/	/
/	/
/	/

c) En la actualidad:  SI  NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE <i>Jose Alexander Yus Moscoso</i>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <i>7</i> C.E. T.I.	Nº <i>84.480.743</i>
--	--	-------------------------

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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 DE PARTICIPACION
/	/
/	/
/	/

**3. FIRMA**

*[Firma manuscrita]*  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



República de Colombia  
Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena  
y en su nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena  
"Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

**NIRYS MARIA OROZCO TEJEDA**

Titular de la C.C. N° 36.719.871

expedida en Santa Marta

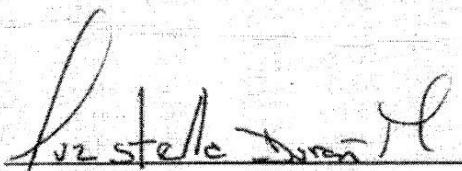
Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecidos por el Ministerio de Salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

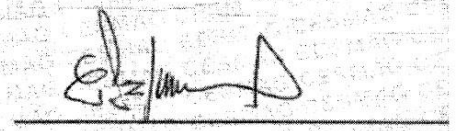
**AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949

Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968

Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

  
Director del Cesmag

  
Dir. del Servicio Secc. de Salud del Mag.

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

**ACTA DE CERTIFICACION No. 85**

En la ciudad de Santa Marta, a los 25 días del mes de Junio del año 1.999 se reunieron, con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del Curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, las suscritas Directora y Secretaria del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional, para otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, según Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1.968, Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, al alumno cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación: **OROZCO TEJEDA NIRYS MARIA** identificada con la Cédula de Ciudadanía No. **36.719.871** expedida en **SANTA MARTA, MAGD.**

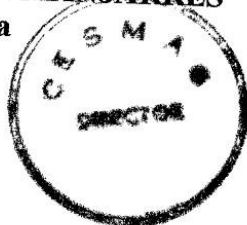
Es fiel copia de su original, fechada en Junio 25 de 1.999 y consta de 57 alumnos, se inicia con el nombre de **ALBOR REDONDO ERIKA MARTHA** y se termina con el nombre de **ZAPATEIRO RODRIGUEZ XIOMARA ALFARO.**

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

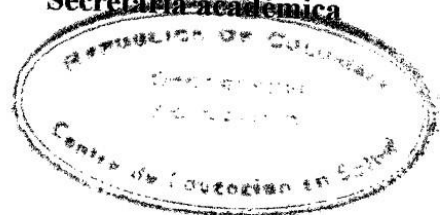
Dado en Santa Marta, a los 25 días del mes de Junio de Mil Novecientos Noventa Nueve (1.999)

Firmado y Sellado

*LuZ Stella Duran*  
**LUZ STELLA DURAN MANJARRES**  
Directora



*Mercedes Olanos*  
**MERCEDES OLANO RODRIGUEZ**  
Secretaria académica



**CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA**  
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"

50

Años  
1949 - 1999

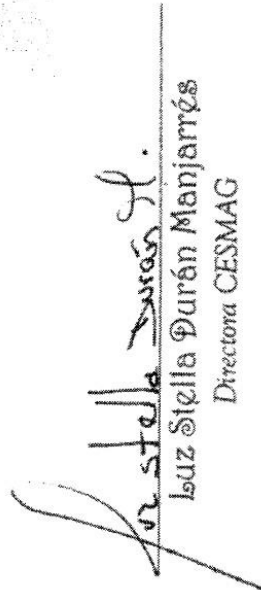
**CERTIFICA:**

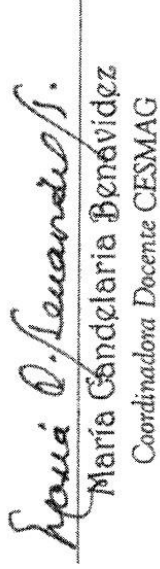
NERIS OROZCO TEJEDA

Que :

*Asistió al ciclo de conferencias científicas conmemorativas de los  
50 años de vida educativa en salud.*

*Intensidad horaria de 40 HORAS  
Santa Marta D.T.C.H, del 26 al 28 de Mayo de 1999*

  
Luz Stella Durán Manjarrés  
Directora CESMAG

  
María Conclaria Benavidez  
Coordinadora Docente CESMAG

**LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**

le expide la siguiente constancia de aprobación del curso teórico - práctico de

# Reanimación Cardiopulmonar .RCP SOPORTE VITAL BÁSICO

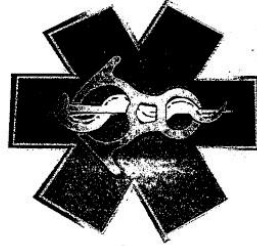
A

**NIRYS MARIA OROZCO TEJEDA**

**C.C. 36.719.871**

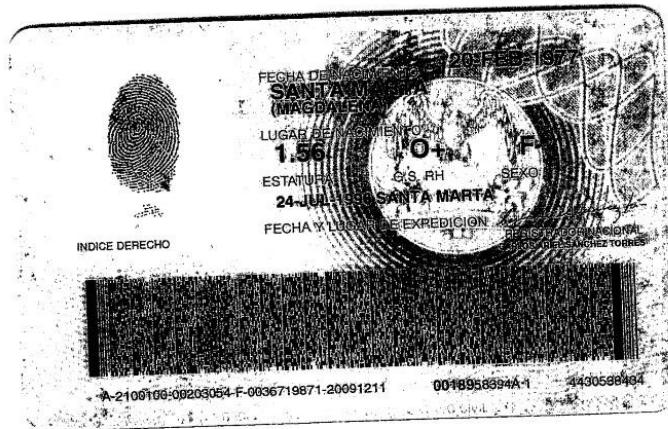
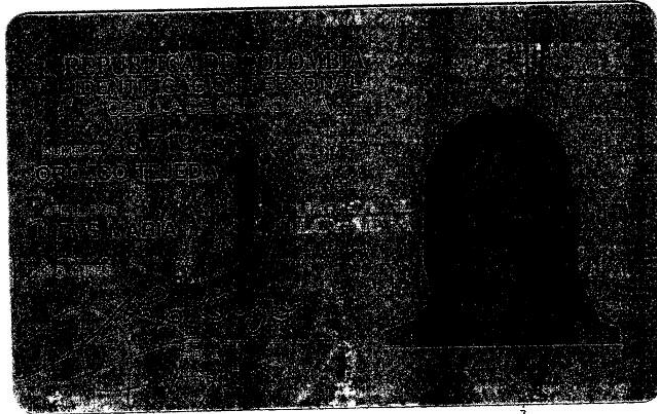
Realizado en la ciudad de **Santa Marta, los días 12, 13 y 14 de Enero del 2018,**  
con una intensidad académica de 20 horas.

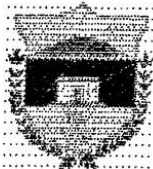
El curso sigue los lineamientos establecidos por la American Heart Association 2015,  
organismo que establece los parámetros y manejos universales de la reanimación.



**ACCESS**  
Asociación Colombiana de emergencia  
seguridad industrial y salud ocupacional

  
Javier Alfaro Roa  
Director Access





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

RESOLUCION No 0556

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

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de 1994, emanados del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

- 1.- Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación no formal, para su debido ejercicio.
- 2.- Que NIRYS MARIA OROZCO TEJEDA, con cédula de ciudadanía No.36.719.871 de Santa Marta (Magdalena), ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó el CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, según acta de grado No. 85 de junio 25 de 1999.

RESUELVE

**ARTICULO PRIMERO:** Registrar el certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado a NIRYS MARIA OROZCO TEJEDA, con cédula de ciudadanía No.36.719.871 de Santa Marta (Magdalena), por el CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO,


**PARAGRAFO:** Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional

**ARTICULO SEGUNDO:** Notificar personalmente a Nirys María Orozco Tejeda, el contenido de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los 17 días del mes de Agosto de 1999

  
EUGENIO DIAZ GRANADOS GONZALEZ  
Secretario de Desarrollo de la Salud

  
MAXIMILIANO JIMENEZ LOPEZ  
Profesional Especializado



**POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA**



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:03:45 horas del 17/01/2020, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **36719871**

Apellidos y Nombres: **OROZCO TEJEDA NIRYS MARIA**

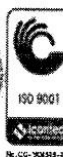
### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Avenida el Dorado N° 75 - 25  
Barrio Modelia. Bogotá DC  
Atención administrativa de lunes  
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y  
2:00 pm - 5:00 pm  
Línea de Atención al Ciudadano -  
Bogotá D.C. 5159700 / 30555  
Resto del país: 018000 910 112  
Requerimientos ciudadanos 24  
horas  
E-mail:  
lineadirecta@policia.gov.co.

Modified by Héctor Quintero



CE-006 - 0000000100 – 2020

## CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36719871
NOMBRES Y APELLIDOS	Orozco Tejada, Nirys Maria
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Orozco Tejada, Nirys Maria, a los 17 días del mes de enero del año 2020.

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

Yiseth Johanna Corredor Ospina  
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

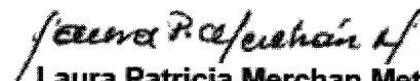
Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OROZCO TEJEDA NIRYS MARIA** identificado(a) con **CC** número **36.719.871** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de marzo de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de enero de 2020.

Cordialmente,

  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Dirección servicios transaccionales para clientes  
**Protección S.A.**

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:  
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**  
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**  
[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com)

2020011712471

Santa Marta. D.T.C.H,

Señor Coronel  
Gustavo verdugo Garavito  
Comandante Policía Metropolitana De Santa Marta

Cordial Saludo

Respetuosamente, me dirijo al señor Coronel con el fin de informarle mi interés de afiliarme a la **Aseguradora de Riesgos Laborales**, una vez se formalice el inicio del contrato de Prestación de Servicios como AUXILIAR DE ENFERMERA y brindar atención en salud a los usuarios de la POLICÍA NACIONAL - POLICÍA METROPOLITANA DE SANTA MARTA - ÁREA DE SANIDAD.



MIRYS MARIA OROZCO TEJEDA

CC: 36.719.871. Expedida en Santa Marta (Magdalena)



Formulario del Registro Único Tributario  
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN



2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14101635926



(415)7707212489984(8020) 000001410163592 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

3 6 7 1 9 8 7 1 - 7

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

3 6 7 1 9 8 7

27. Fecha expedición:

1 9 9 6 0 7 2 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio:

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

OROZCO

32. Segundo apellido

TEJEDA

33. Primer nombre

NIRYS

34. Otros nombres

MARIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio:

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección

CR 16 B 1 171

42. Correo electrónico:

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

4 3 1 4 0 9 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

52. Número establecimientos

46. Código:

8 5 1 5

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 9 0 3 1 1

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

51. Código

4 1 2 3

Responsabilidades

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2																	

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 0 9 0 3 1 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VASQUEZ BERMEDEZ ARNOVIS WILSON

985. Cargo: Analista III

**DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA**

CIUDAD Santa Marta

FECHA 17 Enero 2020

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA

CANCELACIÓN

**I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)**

Entidad o beneficiario \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_  
Y/O \_\_\_\_\_  
Dirección Nirys Ortiz C.C. 36.719.871  
Cra 16 B No 7-125 Teléfono 3004424069

Departamento: Magdalena Ciudad Santa Marta Municipio \_\_\_\_\_

Denominación de la cuenta: Corriente \_\_\_\_\_ Ahorros

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el proponente deberá indicar el correo electrónico para el efecto.

CORREO ELECTRÓNICO: nirysmarta@hotmail.com SI

TELÉFONO: 3004424069 SI

**II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:**

Entidad Financiera Banco Bogotá Código \_\_\_\_\_

Sucursal Santa Marta Código \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Número de la cuenta 235033453  
(Adjuntar certificación bancaria)

Nirys Ortiz Tejedor  
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

Tenemos los mejores beneficios para usted y los hemos reunido en **LibreAhorro**, su nueva Cuenta de Ahorros.

Para quienes quieren ahorrar sin costos adicionales.

Apreciado(s):

**OROZCO TEJEDA NIRYS MARIA**

En Banco de Bogotá queremos darle la bienvenida a su cuenta **LibreAhorro**. Desde hoy tendrá su dinero seguro.

Lo invitamos a disfrutar las ventajas de su Cuenta de Ahorros:

- La cuota de administración de la Cuenta es gratis, si su promedio en el mes es mayor a \$500.000 o usted obtiene un descuento del 50%, si su promedio en el mes está entre \$200.001 y \$500.000.
- Obtenga su Tarjeta Débito Visa Electron completamente gratis para realizar consultas, pagos y transferencias con seguridad, agilidad y comodidad, a través de nuestros medios electrónicos.
- Realice transacciones y reciba información de su cuenta a través de nuestro servicio Banca Móvil.
- Usted recibe un extracto trimestral que registra las operaciones realizadas durante el período correspondiente, siempre que efectúe 5 transacciones en el período o mantenga un promedio mayor a \$300.000.
- Su cuenta puede obtener exención del 4xMil. Solicite ya este beneficio.
- Con esta Cuenta puede participar en las promociones vigentes, solicite más información en cualquiera de nuestras oficinas, en [www.bancofbogota.com](http://www.bancofbogota.com) o en la Servilínea de su ciudad.
- Su cuenta quedará activa máximo en 24 horas después de la apertura de la misma.

Disfrute desde ya todos los beneficios que le ofrece su Cuenta de Ahorros **LibreAhorro No. 235033453**

Atentamente,

Nubia Inés Sanabria  
Directora Nacional de Mercadeo

\*Ley 863 de 2003, devolución de los 2 puntos del IVA en la adquisición de bienes y servicios gravados con la tarifa general y la tarifa del 10%.

Para cualquier información adicional por favor comuníquese con la Servilínea de su ciudad.

• Armenia 745 9700 • Barranquilla 350 4300 • Bogotá 382 0000 • Bucaramanga 652 5500 • Buga 227 2783 • Cali 898 0077 • Cartagena 664 2010 • Cúcuta 571 0010  
• Ibagué 262 2990 • Manizales 883 6899 • Medellín 576 4330 • Montería 792 4600 • Neiva 871 1001 • Pereira 334 8383 • Santa Marta 431 8509  
• Sincelejo 282 0550 • Tulúa 232 1540 • Tunja 740 9922 • Valledupar 571 4222 • Villavicencio 670 3636 • Resto del país 01 8000 518877.

## LIBREAHORRO

### AGILIDAD

Utilice su Tarjeta Débito en cualquiera de nuestros medios electrónicos: Cajeros, Servilínea, Internet, Agilizador y Pin Pad.

### COMODIDAD

Realice sus transacciones en más de 2.008 cajeros automáticos de la Red ATH a nivel nacional, con tarifa unificada en todo el país.

### ECONOMÍA

Realice sus compras en más de 80.000 establecimientos con Tarjeta Débito sin ningún costo adicional, además se ahorra 2 puntos del IVA\*.



**Banco de Bogotá**

Santa Marta. D.T.C.H,

Señor Coronel  
Gustavo verdugo Garavito  
Comandante Policía Metropolitana De Santa Marta

### CERTIFICACIÓN

Cordialmente me dirijo al señor Coronel con el fin de informarle, que durante mi profesión como AUXILIAR DE ENFERMERA no he estado, ni estoy vinculado a investigaciones que concluyan inhabilidad u otra disposición a mi profesionalismo, por tal motivo me encuentro con la disposición profesional en lo asistencial para contratar con entidades del estado como LA POLICÍA NACIONAL - METROPOLITANA DE SANTA MARTA - PARA LABORAR EN EL ÁREA DE SANIDAD MAGDALENA.



---

**NIRYS MARIA OROZCO TEJEDA**  
CC: 36.719.871. Expedida en Santa Marta (Magdalena)

# LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIAS, SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

le expide la siguiente certificación por haber cumplido satisfactoriamente con el curso teórico - práctico de

## CÓDIGO GRIS

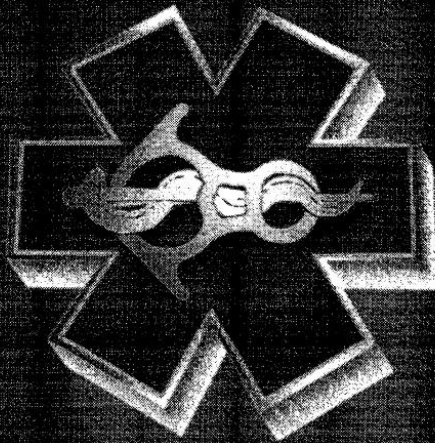
MANEJO INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS  
DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

A

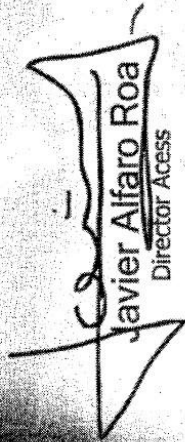
**NIRYS MARIA OROZCO TEJEDA**

C.C. 36.719.871

Quien cumplió satisfactoriamente con la temática y práctica del curso.  
Realizado en la ciudad de **Santa Marta** el **12, 13 y 14 de Enero**  
del **2018**, con una intensidad Horaria de 20 horas.



# ACCESS

  
Javier Alfaro Roa  
Director Access



Alfredo Bolívar Tabera  
Médico Perito





