Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

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

Resultados encontrados:

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

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

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.063.965.777

MENA BORJA

APELLIDOS

DIANA CAROLINA

NOMBRES

FIRMA



Scanned with CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1994**

VALLEDUPAR
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-FEB-2013 BOSCONIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1220000-00464726-F-1063965777-20130906 0034743188A 1 39479119

Scanned with CamScanner

El(la) suscrito(a) DIANA CAROLINA MENA BORJA identificado con C.C./C.E./P.P No. 1063965777 expedida en BOSCONIA CESAR, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 03 del mes de Diciembre de 2024.

Firma _____

Nombre DIANA CAROLINA MENA BORJA

Cédula 1063965777

COPIA CONTROLADA

Scanned with CamScanner

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

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Titulo	
Nombre	DIANA CAROLINA
Apellidos	MENA BORJA
Fecha de Nacimiento	29/11/1994 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	DIANA CAROLINA MENA BORJA
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
Pais	COLOMBIA
Correo electrónico	luisangelortega07@gmail.com
Teléfono	
Celular	3007327765
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3007327765
SMS para recuperar la contraseña	3007327765

Editar

Diciembre De 2024

Doctora

Nora Elvira Anillo Romero

Gerente

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Cordial Saludo

Por medio de la presente Yo **DIANA CAROLINA MENA BORJA** identificado con CC **1063965777** de profesion de AUXILIAR DE ENFERMERIA , me permito presentar a usted mi solicitud a su respetada institucion donde ofrezco mis servicios como fisioterapeuta.

Presento mi experiencia en el transcurso de mi carrera, espero reunir las condiciones para tal cargo dentro de esta prestigiosa institucion.

Atentamente

DIANA CAROLINA MENA BORJA
CC:1063965777
LUISANGELORTEGA07@GMAIL.COM
SANTA MARTA MAGDALENA
URB VILLA MARINA MANZ F CASA 13

Scanned with CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14927867243

(415)7707212489984(8020) 000001492786724 3

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: MZ F CA 13 URB VILLA MARINA

42. Correo electrónico: luisangelortega07@gmail.com

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

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO 60. No. de Folios: 61. Fecha

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre:

985. Cargo:

DOCUMENTO SIN COSTO
PROHIBIDA SU COMERCIALIZACIÓN

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Mena	Borja	Diana Carolina

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

SEXO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( )

PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES 11 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CESAR

MUNICIPIO VALLEDUPAR

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 29I A ESTE 4A 4 ESTE calle 29 I 4

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3042852886 EMAIL luisangelortega07@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											*TÍTULO OBTENIDO*	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2012
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*
PRESENCIAL	INSTITUTO TECNICO DEL NORTE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	TECNICO	07	2023

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

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

Scanned with CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR UCI	*DEPENDENCIA* "DPTO DE ENFERMERIA"						*DIRECCIÓN* CARRERA 14A A ESTE 2342A 4 ESTE CARRERA 14 N 2342					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR UCI	*DEPENDENCIA* "DPTO DE ENFERMERIA"						*DIRECCIÓN* CALLE 14A A ESTE 2342A 4 ESTE CARRERA 14 N 2342					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR UCI	*DEPENDENCIA* "DPTO DE ENFERMERIA"						*DIRECCIÓN* CARRERA 14A A ESTE 2342A 4 ESTE CARRERA 14 N2342					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA AUXILIAR DE UCI ADUL	*DEPENDENCIA* "DPTO DE ENFERMERIA"						*DIRECCIÓN* CARRERA 14A A ESTE 2342A 4 ESTE CARRERA 14 N23-42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3013446649	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	08	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AREA MATERNO INFANTIL	*DEPENDENCIA* "DPTO DE ENFERMERIA"						*DIRECCIÓN* CALLE 7A A NORTE 802A 7 NORTE CALLE 7 N802					

Scanned with CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3002063896	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	11	*Año* 2022	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CUIDADO ADULTO MAYOR	*DEPENDENCIA* "DPTO DE ENFERMERIA"					*DIRECCIÓN* CALLE 18A A NORTE 1532A 0 NORTE CALLE 18-1532A						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3002063896	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2022	*Día*	03	*Mes*	04	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* "DPTO DE ENFERMERIA"					*DIRECCIÓN*						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*		
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	11

Scanned with CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento santa marta Diciembre 03 De 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

santa marta Diciembre 03 2024

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned with CamScanner

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

INSTITUTO TÉCNICO DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

Confiere a:

Mena Borja Diana Carolina

C.C. 1.063.965.777 Expedida en Santa Marta, Magdalena

El certificado de Técnico Laboral por competencias en:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Con una duración de 1800 horas

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

Eliecer Zerda Altamar
Director General

Miyeisy Redondo
Secretaria Académica

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

Scanned with CamScanner

INSTITUTO TÉCNICO DEL NORTE ITN

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

Comprometidos con la formación de trabajadores competentes...

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

ACTA DE CERTIFICACIÓN

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

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A:

MENA BORJA DIANA CAROLINA

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

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

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

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

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

ELIECER ZERDA ALTAMAR
Director General

MIYEISY REDONDO FLOREZ
Secretaria Académica

Scanned with CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

La Institución Educativa Eloy Quintero Araújo

de Bosconia - Cesar

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

Confiere A:

MENA BORJA DIANA CAROLINA

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

El Título de

Bachiller Académico

Con Énfasis en Ciencias Naturales

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

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

Institución Educativa
ELOY QUINTERO ARAUJO
RECTORIA

Rector

INSTITUTO TECNICO
ELOY QUINTERO ARAUJO

Secretaria

INSTITUCION EDUCATIVA ELOY QUINTERO ARAUJO
BOSCONIA - CESAR

Scanned with CamScanner

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

RESOLUCIÓN No. 47-2853 DE 04 AGO 2023

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

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

CONSIDERANDO:

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

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

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

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

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

DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

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

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

Powered by CamScanner
Scanned with CamScanner

CC	1063965777	DIANA	CAROLINA	MENA	BORJA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DIANA CAROLINA MENA BORJA identificado(a) con CC 1063965777 registra La siguiente información:

2024-12-03→12:42:01 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2023-08-04	472853	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Diana Carolina Mena Borja

CC: 1063965777

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

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

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

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

Directora Académica
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

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

Certifica

Diana Carolina Mena Borja

CC 1063965777 de Bosconia - Cesar

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

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

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

INSTITUTO TECNICO DEL NORTE

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

HACE CONSTAR QUE:

Mena Borja Diana Carolina

C.C. 1.063.965.777 de Bosconia, Cesar

ASISTIÓ AL SEMINARIO:

REANIMACION CARDIOPULMONAR - RCP

Con una Duración de 4 horas

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

INSTITUTO TECNICO DEL NORTE ITN
INSPECTOR GENERAL

ELIECER ZERDA ALTAMAR
DIRECTOR

CONFERENCISTA

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Diana Carolina Mena Borja

CC 1063965777 de Bosconia - Cesar

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

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

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD▲

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Diana Carolina Mena Borja

CC: 1063965777

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

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

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

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

Directora Académica
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

VIGILADO MINEDUCACIÓN

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

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

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Diana Carolina Mena Borja

CC: 1063965777

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

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

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

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

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

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

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

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

FUNDACIÓN NUESTRA
EÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Diana Carolina Mena Borja

CC 1063965777 de Bosconia - Cesar

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

FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

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

Certifica

Diana Carolina Mena Borja

CC 1063965777 de Bosconia - Cesar

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

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

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Scanned with CamScanner

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

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

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

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

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

Recomendaciones:

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

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

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO

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

Powered by CamScanner

LA SUSCRITA SECRETARIA ACADEMICA DE INSTITUTO TECNICO DEL NORTE ITN

HACE CONSTAR

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

Para cualquier inquietud comunicarse al cel. 3002063896 - 3013446649

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

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

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró la señora **DIANA CAROLINA MENA BORJA**, identificada con cedula de Ciudadanía **No. 1.063.965.777** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **CD20240231** de fecha 02 de enero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 08 de enero al 31 de enero de 2024, con un valor de UN MILLON OCHOSCIENTOS MIL PESOS ($1.800.000)
2. No. **CD20241129** de fecha 03 de febrero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 13 de febrero al 31 de marzo de 2024, con un valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000)
3. No. **CD20242418** de fecha 28 de marzo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de abril de 2024, con un valor de DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000).
4. No. **CD20243430** de fecha 02 de mayo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de junio al 30 de junio de 2024, con un valor de DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000).
5. No. **CD20243714**, de fecha 30 de junio de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 4 de julio al 31 de julio de 2024, con un valor de DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000).
6. No. **CD20244504** de fecha 01 de agosto de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de agosto al 30 de septiembre de 2024, con un valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000).

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los doce (12) días del mes de julio de 2024

JARID YESID THOMAS PADILLA.
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

Ingrid O

ELABORÓ: INGRID JHOANA OSPINO LIZCANO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

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 1063965777 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 03/12/2024 07:26 PM

Código Verificación: **ZMLRKPYFJS**

Válida hasta: **04/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Scanned with CamScanner



go.

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Diana Carolina

Apellidos: Hena Borja

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

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 11 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	15/2/22	0129 W233	Yurano B
Fiebre Amarilla	Única	15/05/22	2117CON722	Yurano B.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	15/2/22	2330L021C	Yurano B
	2	13-06-22	23311011C	Ronny Cano
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	06-10-22	22050042ZD	D. Yolanda
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	15/2/22	P1003208H	Yurano B
Otras	COVID	1	23-10-21	Astrazeneca PW4010Z S. Gabriela.
		2	20-01-22	Astrazeneca PW4012 S. Gabriela.
	V/A	1	13-04-22	U3E20 Ronny Cano
		2	13-12-22	

Powered by CamScanner

Certificado de Vacunación

Institución: Cayuco 9

Nombre: Diana Carolina Yepez

Identificación: _____ Tel: _____

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

Cortesía de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
	LOT/MFD/EXP: A69FF389A 11-2021 10-2023	Priorix 1 dose for reconstitution 1 dose pour reconstitution 1 dosis para reconstitución Inj./Inyec. : S.C./I.M.	Measles, mumps and rubella vaccine Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole/ Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola Storage/Cons. : 2°C - 8°C. Do not freeze Ne pas congeler/ No congelar GSK Biologicals s.a. Rixensart - Belgium	

SPCO.SAPA5.18.07.0081

Powered by CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2024-12-03 23:24

Nombres y apellidos completos

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

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1063965777

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$2.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$2.000.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Diana Carolina Mena Borja, identificado(a) con CC número 1063965777, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1063965777
NOMBRES Y APELLIDOS	Diana Carolina Mena Borja
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/11/1994
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	128 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1063965777 DIANA CAROLINA MENA BORJA Desde 01/02/2024 - Vigente

Generado por interfaces 03/12/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

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:

DIANA CAROLINA MENA BORJA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.063.965.777**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBEGERENCIA CIENTIFICA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	DIANA CAROLINA MENA BORJA												Sexo			
													M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1063965777	BOSCONIA - CESAR	27/02/2013

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
29	11	1994	valledupar - cesar	URB VILLA MARINA MANZANA F CASA 13	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
luisangelortega07@gmail.com	3002259571	3013626630

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

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

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

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total ingresos mensuales			Total ingresos mensuales				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos:			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	

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

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

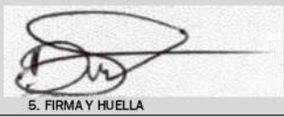
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SERVICIOS PROFESIONALES

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: ARRENDAMIENTO DE SOFWARE DE HISTORIAS CLINICAS Y MANTENIMIENTO Y ASESORIAS EN SISTEMAS A IPS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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





5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento