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

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Femenino
Cargo	
Título	
Nombre completo	KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY
Nombre y apellido	kellys cristina ortiz dewdney
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	39058181
Fecha de emisión	7/04/1998 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Expedido por	REGISTRADURIA
Fecha de expiración	
Dirección	
Código postal	
Estado	
Municipio	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	kellyortiz0401@gmail.com
Teléfono	
Celular	3053419191
Número de fax	

Configuración

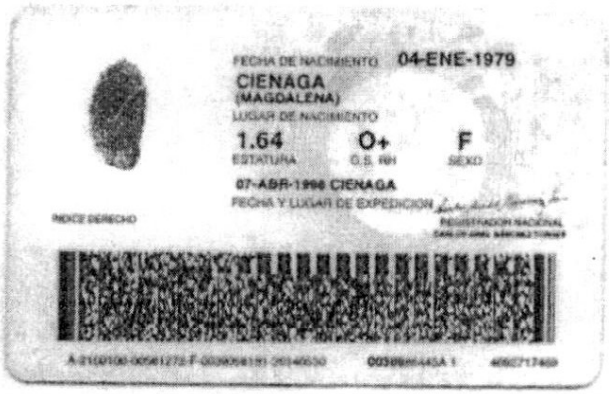
Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta	santa marta
Celular	3053419191

Editar


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39.058.181
ORTIZ DEWDNEY
KELLYS CRISTINA


FECHA DE NACIMIENTO 04-ENE-1979
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
07-ABR-1998 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Kellys Cristina Ortiz Dewdney

CC 39058181 de Ciénaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-20
Fecha de vencimiento: 2026-08-20

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

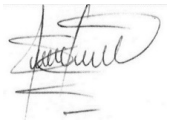
ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39058181,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de diciembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, Diciembre / 26 de 2024

Señor (a): KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY
CC. 39058181
MZ U CA 2 URB VILLA ALEJANDRIA
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Agosto / 1 de 2020, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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 39058181 **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 29/12/2024 01:24 AM

Código Verificación: **7PEBQK8MWD**

Válida hasta: **29/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **KELLYS CRISTINA ORTÍZ DEWDNEY** identificada con la cédula de ciudadanía número 39.058.181, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dieciocho (18) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOTA: El correo electrónico actual del Tribunal Nacional Ético de Enfermería para los certificados es trienfercertificado@gmail.com y para la información en general es trienfer@gmail.com

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Kellys Cristina Ortiz

CC 39058181 de Cienaga Magdalena

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2023-12-18
Fecha de vencimiento: 2025-12-18

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Kellys Cristina Ortiz

CC 39058181 de Cienaga Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-16
Fecha de vencimiento: 2025-12-16

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
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

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Kellys Cristina Ortiz

CC 39058181 de Cienaga Magdalena

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.

Verificación:

Fecha de emisión: 2023-12-14
Fecha de vencimiento: 2025-12-14

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Kellys Cristina Ortiz Dewdney

CC 39058181 de Ciénaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-03-22
Fecha de vencimiento: 2026-03-22

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UTADEO
UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

LA UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

PERSONERÍA JURÍDICA NO. 2613 DE 1959 MINJUSTICIA
CON LAS DEBIDAS AUTORIZACIONES LEGALES Y EN CONSIDERACIÓN A QUE

Kellys Cristina Ortiz Dewdney

C.C. 39058181 de Ciénaga

TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LAS PRUEBAS REGLAMENTARIAS,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL,
A LOS 13 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2023

RECTOR

DECANO

Ana María Cepeda M
SECRETARIA GENERAL

LIBRO DE REGISTRO DE GRADO No. 28 FOLIO 200 REGISTRO No. 242329
LIBRO DE ACTAS DE GRADO No. 10 FOLIO 603 ACTA DE GRADO No. 0910
DIPLOMA No. 047016

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

Kellys Cristina Ortiz Dewdney

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 39'058.181 DE CIÉNAGA (MAGDALENA)

Ha cumplido con todos los estudios

que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

ENFERMERA

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

INSTITUTO DE POSTGRADOS

CERTIFICA QUE:

Kelly Cristina Ortiz Dewdney

Con Cédula de Ciudadanía No. 39.058.181

Cursó y aprobó satisfactoriamente los módulos del contenido programático del Diplomado en:

ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO

Iniciando el 15 de Octubre y finalizando el 12 de Diciembre de 2010, con una intensidad horaria de 120 horas.

En Constancia de lo anterior se expide el presente diploma en Santa Marta D.T.C.H., a los 12 días del mes de Diciembre de 2010

Guillermo Trout Guardiola
Decano Facultad
Ciencias de la Salud

Gustavo Cotes Blanco
Director Instituto de Postgrados
Universidad del Magdalena

Edittrudis Ramos De la Cruz
Directora Programa de Enfermería

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Acta Individual de Graduación No. 122

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: ACTA No. 014 DE SEPTIEMBRE 15 DE 1

FECHA: 30 DE NOVIEMBRE DE 2001

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA.

En atención a que KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY

con cédula de ciudadanía No. 39,058,181 **de** CIENAGA (MAGD.)

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No. 009 **en sesión del día** 23 **, de** OCTUBRE **de** 2001

Para constancia se suscribe por:

JUAN CARLOS PEREZ SOTO
Rector

CESAR PEREZ GARCIA
Rector Honorario

CARLOS ARTURO PIEDRAHITA C.
Secretario General

EDUARDO ANGULO MESTRE
Director Seccional

JUAN OLIVELLA JACQUIN
Decano de la Facultad

No. 44081

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 43746 de JUNIO 22 DE 2015
Por la cual se expide el Registro Único Nacional Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capitulo V, artículos 13, 14 y 15 de la Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería.

CONSIDERANDO

A) Que, KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 39.058.181, expedida en CIENAGA, ha solicitado su Inscripción y Registro Único Nacional como Profesional de Enfermería, lo cual la (o) acredita para ejercer la Profesión de Enfermería en Colombia.

B) Que para este efecto presentó los siguientes documentos : Formulario de Solicitud; fotocopia del Diploma y Acta de Grado otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida por el Gobierno; fotocopia de la cédula de ciudadanía; recibo de pago de los derechos de expedición; fotocopia de la Resolución expedida por la respectiva Secretaria de Salud donde conste el cumplimiento o Exoneración del Servicio Social Obligatorio; fotocopia de la Resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación para los títulos expedidos en el exterior y 2 fotografías a color, tamaño 3 x 4 de fondo azul o verde.

C) La Unidad de Registro Único Nacional de Enfermería de la ANEC, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos en el literal B, los cuales son registrados en la relación Número 616 del 22 de JUNIO de 2015.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer la calidad de Profesional de Enfermería a KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY, egresada(o) de la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA d SANTA MARTA, el 30 del mes NOVIEMBRE de 2.001, para lo cual se expide el Registro Tarjeta Profesional No. 43746, y en constancia se inscribe en el libro correspondiente.

Parágrafo: En el caso de presentar documentación no compatible con los datos aportados por l Facultades de Enfermería del país, esta información será reportada a la Entidad Educativa y a l Entidades de Control, para que tomen las medidas pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Expedida en la ciudad de Bogotá D.C., a los 22 días del mes de JUNIO de 2015.

CAROLINA PRADA MORENO
Registradora Nacional ANEC

MEDELLIN , Abril 25 de 2006

EL AUXILIAR DE VIGILANCIA Y CONTROL

HACE CONSTAR QUE

KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY

Identificado(a) con la cédula Nro : 39,058,181 de CIENAGA

se encuentra inscrito(a) en la DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQU

mediante resolución Nro : 000569 expedida el 22/12/2002 , por

DIRECCION SECCIONAL DEL MAGDALENA , que lo autoriza para ejercer en

territorio nacional como : ENFERMERO(A) 47-0569-02

LUIS SALVADOR OSPINA S.

LSOS

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Kellys Cristina Ortiz Dewdney

CC 39058181 de Ciénaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS)
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2024-11-12
Fecha de vencimiento: 2026-11-12

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina 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

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 23/Feb/2023, **Hora:** 02:11:22 p.m.
Apellido: Ortiz Dewdney **Nombre:** Kellys Cristina
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39058181
Empresa: Particular
Cargo: Enfermera Jefe
Direccion: Concepcion 3 Apartamento 201
Telefono: **Celular:** 3223854526 **Email:** **Estado Civil:** Separado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 75 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 27.5 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Positiva **AFP:** Colpensiones

HC: # 77169
Edad: 44 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 04/Ene/1979
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y
Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Kellys Cristina Ortiz Dewdney
CC 39058181

Huella
Digital

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC19F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 11/12/2024 PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) Kellys Cristina Ortiz Dewdney identificado con C.C./C.E./P.P No. 39058181 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 26 del mes de diciembre de 2024.

Firma: Kellys Cristina Ortiz Dewdney

Nombre: Kellys Cristina Ortiz Dewdney

Cédula: 39058181

COPIA CONTROLADA

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-11-09 14:31

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KELLYS	CRISTINA	ORTIZ	DEWDNEY

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	39058181

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CIÉNAGA

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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$37.200.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$37.200.000,00

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	$500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: 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:

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		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY	Sexo			
		M		F	x

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP	39.058.181	Cienaga	7/04/1998

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	2		x			x

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
4	1	1979	CIENAGA	MZA L CASA 6 VILLA ALEJANDRIA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
KELLYORTIZ0401@GMAIL.COM	305 3419191	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Las actividades paramédicas, como las de enfermeros y auxiliares de enfermería u odontología, optó- metras, nutricionistas y fisioterapeutas, entre otros.	Actividades de hospitales y clínicas, con internación

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 N 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	605 4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	3.000.000	Total Egresos mensules	3.000.000
Otros Ingresos Mensules	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	0	Total Pasivos	0

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 08	Año 2023	Es declarante?	SI		NO	x

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
NO

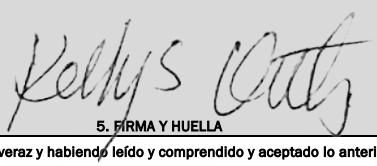
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:
TRABAJO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:
_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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





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

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
Ortiz	Dewdney	Kellys Cristina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39058181

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: DIA 04 MES 01 AÑO 1979

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: CIÉNAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MZ L CASA 16 VILLA ALEJANDRIA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: kellyortiz0401@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1995
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	11	2001	43746

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

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 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	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	08	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N ESTE 26A 42 ESTE LOS ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3053419191	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* - calle 14 No 2-49 centro historico						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	10	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SANTA MARIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3053419191	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION PARA EL DESARROLLO NACIONAL - FUNDENAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PUEBLOVIEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SALUD DEL CARIBE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	11	*Año* 2005	*Día*	23	*Mes*	01	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* SANTA MARTA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD UNIMESA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8336068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2004	*Día*	24	*Mes*	11	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* Calle del Comercio Nro.20 - 42 CARACOLI					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CEMED			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	11	*Año* 2003	*Día*	22	*Mes*	02	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* BARRANQUILLA					

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*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	11

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, 26 de diciembre de 2024

Kellys Cristina Ortiz Dewdney

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Santa Marta D.T.C.H 26 de diciembre de 2024

Doctor:

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO

Gerente E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche

ASUNTO: PROPUESTA DE TRABAJO ENFERMERA

Estimada entidad,

Yo **KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY** identificada con cedula de ciudadanía número **39.058.181 de Ciénaga**, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mi servicio como ENFERMERA, con un alto grado de responsabilidad y eficacia, plasmado en las metas y objetivos encomendados por la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias dando apoyo en el área de ENFERMERIA donde lo requiera el ente.

Atentamente;

KELLYS ORTIZ DEWDNEY

KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY

CC 39.058.181 de Ciénaga

MZ P CASA 5 UBR VILLA ALEJANDRIA
kelorth@hotmail.com
3016988557

DOCON

- Certificación de Contratos
- Cuentas de Cobro
- Cargar Documentos
- Formulario Proveedor

¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	39058181	CIÉNAGA	1994/04/0	29/12/202

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ORTIZ	DEWDNE	KELLYS	CRISTINA	Seleccionar	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1979/01/04	MAGDALENA	219

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MZ P CASA 5 UBR VILLA A	MAGDALENA	219

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3016988557	3016988557	kelorth@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
CIENAGA	SAN FRANCISCO JAVIER

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIENAGA	VIRGINIA GÓMEZ

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Unives	ENFERMERA	UNIVERSIDAD COOPERAT	2001

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
SANTA MARTA	UNIVERSIDAD JORGE TAD	2023

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

ENFERMERA PROFESIONAL

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO M	ENFERMERA	2023/07/3	2024/08/0

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
EDWIN ORTIZ DEWDNEY	3002027981	Hermano (a)
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
EDUARDO ANDRÉS ORTIZ	3006602436	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Salud Total	Colpensiones	Positiva

- [ ] Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

- [ ] EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

39058181

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2300

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-12-29→12:21:20 AM -2024-12-29→12:52:38 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	39058181	ORTIZ	DEWDNEY	KELLYS	CRISTINA	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) ORTIZ DEWDNEY KELLYS CRISTINA identificado(a) con CC 39058181 registra La siguiente información:

2024-12-29→12:52:38 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2015-06-22		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2002-12-27	569	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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14791233905

(415)7707212489984(8020) 000001479123390 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 0 5 8 1 8 1	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	3 9 0 5 8 1 8 1	1 9 9 8 0 4 0 7

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	DEWDNEY	KELLYS	CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 69 71 53

42. Correo electrónico: kellyortiz0401@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 1 1 0 5 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																									

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 10 - 06 / 11 : 14: 24

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 REINO LOPEZ JOSLYNE ELENA

985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CLINICA HEMATO-ONCOLOGICA
CEMED Magdalena LTDA.
NIT. 830.512.442 - 0

CLINICA CEMED MAGDALENA LTDA.
NIT. 830512442-0

HACE CONSTAR

Que la Señorita **KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY** identificada con Cèdula de Ciudadania No. 39.058.181 de Ciènaga (Magd.) labora en esta institución en el cargo de Enfermera Jefe con una asignación mensual de $ 1.000.000 desde el dia 02 de Noviembre de 2003 hasta la fecha.

Se expide la presente a solicitud de la interesada a los 22 dias del mes de Febrero de 2005.

Atentamente,

Dra. JACQUELINE LINARES V.
Gerente

Fundación para el desarrollo nacional
fundenal

EL SUSCRITO COORDINADOR DE LA FUNDACION PARA EL DESARROLLO NACIONAL

CERTIFICA QUE:

La Señora **KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY** identificada con la Cedula de Ciudadanía Nº 39.058.181 de Ciénaga, trabaja a tiempo parcial en nuestra empresa, en el periodo comprendido entre el 01 de Abril hasta el 31 de Diciembre del presente año, con un Contrato de Prestación de Servicio, como Enfermera Jefe con funciones de programa de Crecimiento y desarrollo, con una Asignación Salarial de Un Millón Quinientos Veinte Nueve Mil Quinientos Pesos ($1.529.500).

La presente certificación se firma a los 25 días del mes de Agosto del año 2014

XIOMARA PATRICIA HERNANDEZ CANDELARIO
COORDINADORA
MUNICIPIO DE PUEBLO VIEJO

Labor EMPRESARIAL

NIT. 802.000.365-2

LABOR EMPRESARIAL SOCIEDAD LIMITADA
802000365-2
TEL: 3588036 - 3687772

Afiliada a ACOSET

C E R T I F I C A M O S

Que la Señora **ORTIZ DAWDNEY KELLYS CRISTINA** ..... identificado(a) con C.C. No **39058181** de CIENAGA (MAG)..... labora temporalmente por intermedio nuestro en la empresa **SENSALUD LIMITADA**..... desempeñando el cargo de **ANALISTA DE PROMONCION Y PREVENCION**..... con una asignacion mensual de (**900,000.00**) NOVECIENTOS MIL PESOS M/L. -x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x- con fecha de ingreso **Abril 4 DE 2007.**

La presente se **expide** a solicitud del interesado(a) en fecha : **8 de Mayo de 2007**

Atentamente,

Labor EMPRESARIAL

NATALY BADEL SILVA
Recursos Humanos

SALUD DEL CARIBE
Centro de Atención y Diagnostico Especializado

Inversiones Salud del Caribe
Nit. 819.004.612-7

LA SUSCRITA ADMINISTRADORA DE INVERSIONES SALUD DEL CARIBE

Hace constar que:

La Señorita **KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY,** identificada con cedula de ciudadanía No. 39.058.181 de Cienaga, labora en esta Institución desde el 24 de Noviembre de 2005 hasta la fecha , devengando un sueldo de UN MILLON DE PESOS M.L. ($ 1.000.000.oo)

Esta solicitud se expide al interesado a los veintitrés (23) días del mes de Enero de 2006

Atentamente,

Centro de Atención y Diagnostico Especializado "Salud del Caribe"
ATENCIÓN AL USUARIO

MIRIAN LISETH MUNIVE LACERA
Administradora Salud del Caribe

I.P.S. unimesa
Unidad Integral Medica de Salud
NIT. 811.044.392 - 3

Caracoli, 30 de septiembre de 2006

UNIMESA I.P.S

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certifico que la Señora KELLYS ORTIZ DEWDNEY, con cedula 39.058.181 de Cienaga, Magdalena, la cual Laboró en nuestra INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD, I.P.S UNIMESA, con sede en CARACOLI ,(Antioquia) desempeñandose como ENFERMERA JEFE en nuestra unidad medica de salud, la presente se expide por solicitud de la interesada, dada a los 30 dias mes de septiembre del 2006.

Atentamente,
JAIRO DURAN PALACIOS
GERENTE GENERAL

ALCALDÍA DE SANTA MARTA	FORMATO DE INFORME DE ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-004
	EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	1871 DEL 21 DE OCTUBRE DE 2021
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGÍAS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (VIH/SIDA) DE LA DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMATICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2021.
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY
N° de identificación del Contratista	39.058.181 de Cienaga Madg.
Valor del Contrato	NUEVE MILLONES DE PESOS M.L. ($9.000.000.oo)
N° CDP	2280 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2021
N° CRP	3098 DEL 22 DE OCTUBRE DE 2021
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2021
Supervisor del Contrato	HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS**, con C:C: **N° 8.666.453** expedida en Barranquilla, en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 126 del 24 de abril de 2020** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY**, identificado (a) con C.C. N° 39.058.181 expedida en Santa Marta, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de **DICIEMBRE** del año **2021**.

HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	681 DE MARZO 2023
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	KELLY CRISTINA ORTIZ DEWDNEY
N° de identificación del Contratista	39.058.181 DE SANTA MARTA-MAG
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS TUBERCULOSIS Y LEPRA DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PUBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.
Valor del Contrato	ONCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M. L ($11.400.000.oo)
N° CDP	441 del 14 de febrero 2023
N° CRP	863 DEL 24 DE MARZO 2023
Plazo del Contrato	HASTA 31 DE MAYO 2023
Supervisor del Contrato	JORGE BERNAL CONDE Secretario De Salud Distrital

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. **N° 93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **KELLY CRISTINA ORTIZ DEWDNEY**, identificado (a) con C.C. No. **39.058.181** expedida en **Santa Marta**, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, **EL 31 DE MAYO 2023**

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital

KELLY CRISTINA ORTIZ DEWDNEY
Contratista

ALCALDÍA DE SANTA MARTA	FORMATO DE INFORME DE ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: MA-GCO-F-004
	EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Versión: 1
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 1

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	432 DEL 28 DE ENERO DE 2022
Objeto del Contrato	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratante	KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY
Nombre del Contratista	39.058.181 de Ciénaga/Magd.
N° de identificación del Contratista	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCION Y ATENCION INTEGRAL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (VIH/SIDA), DE LA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2022
Valor del Contrato	DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL DE PESOS M.L. ($19.200.000,oo)
N° CDP	298 DEL 19 DE ENERO DE 2022
N° CRP	473 DEL 28 DE ENERO DE 2022
Plazo del Contrato	HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2022
Supervisor del Contrato	DEIMER JACINTO MARÍN JIMÉNEZ

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **DEIMER JACINTO MARÍN JIMÉNEZ** con C.C. **N° 84.036.790** expedida en San Juan del Cesar (Guajira), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 012 del 27 de enero de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY**, identificado (a) con C.C. N° **39.058.181** expedida en **Ciénaga/Magd.**, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los **TREINTA (30)** días del mes de **JUNIO** de 2022

DEIMER JACINTO MARÍN JIMÉNEZ
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	1454 - 2022
Nombre del Contratante	DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
Nombre del Contratista	KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY
N° de identificación del Contratista	39.058.181 de Cienaga.Magd.-
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA PREVENCIÓN MANEJO Y CONTROL DE LA IRA Y LA EDA. DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD. VIGENCIA 2022.
Valor del Contrato	NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($9.600.000.oo)
N° CDP	1865 DEL 26 DE SEPTIEMBRE DE 2022
N° CRP	3096 DE 10 DE OCTUBRE DE 2022
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022
Supervisor del Contrato	JORGE BERNAL CONDE

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. N° **93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY**, identificado (a) con C.C. N° **39.058.181** expedida en **Cienaga.Magd.**, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de **DICIEMBRE** del año **2022**

JORGE BERNAL CONDE
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

KELLYS CRISTINA ORTIZ DEWDNEY
Contratista

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES KELLYS CRISTINA

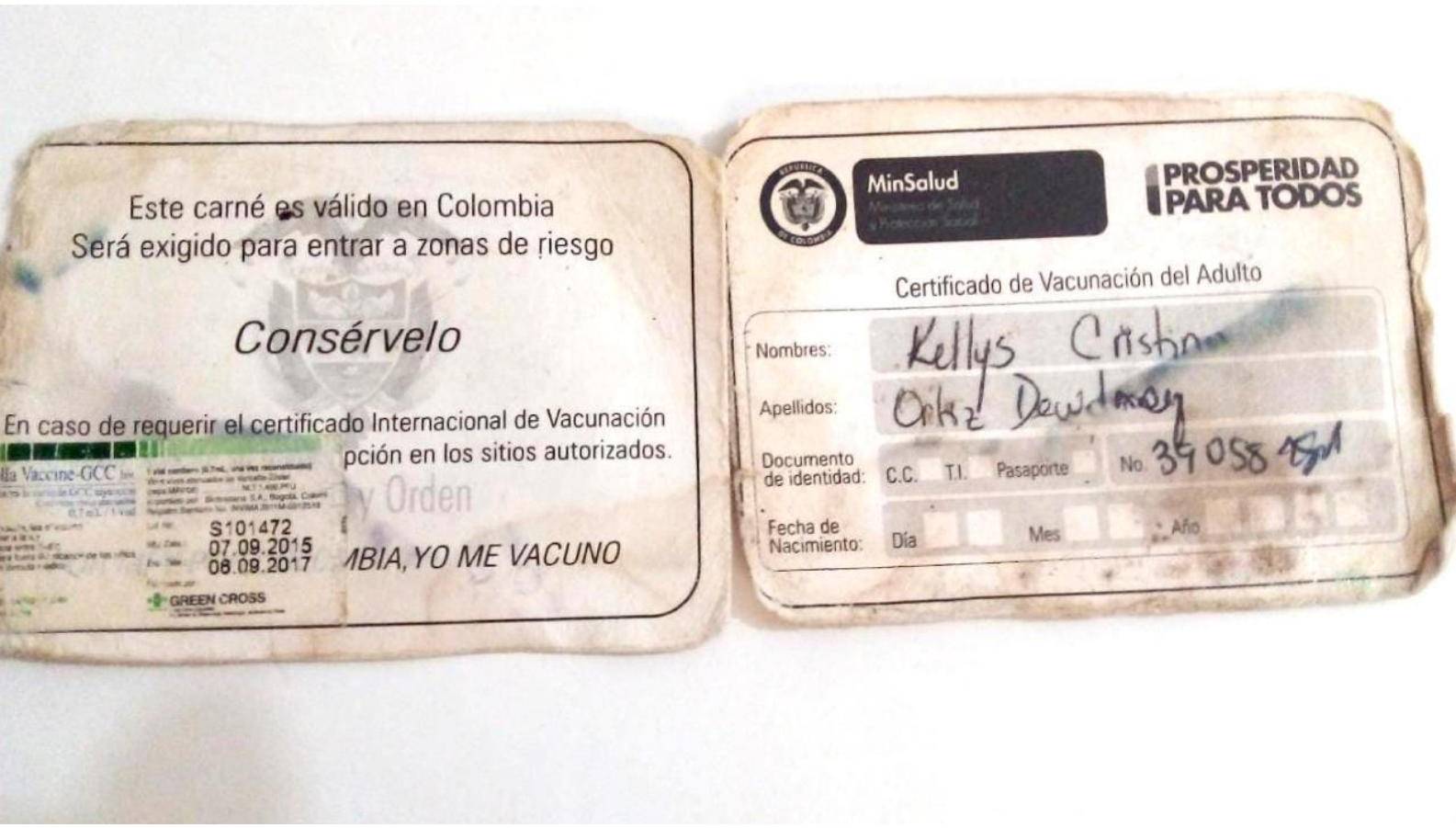
APELLIDOS ORTIZ DEWDNEY

C.C. 39.058.181 CIENAGA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 43746

Fecha de Expedición 22/JUINIO/2015



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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
pción en los sitios autorizados.

Vaccine-GCC
S101472
07.09.2015
06.09.2017
GREEN CROSS

y Orden

ABIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Kellys Cristina
Apellidos: Ortiz Dewindler
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 34058 [illegible]
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

ológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
ampión béola	1			
xoide ánico érico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5	02/02/17	D2299 Das 13 A	
	1	3/03/16	6104719 Dela.	
ntra titis B	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	27-12-17	MS6231V	Dan's
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
Vacuna	1	13 MAR 2017	SIC1474	Sofia Villa
	2.			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	30-02-21	Sinovac	A202 010044	H.S.C.	Sandra. Henriquez	39036798.
	2	30-03-21	Sinovac	6202 0202	H.S.C.	Sandra Henriquez.	39036798
		30 DIC 2021	Astrozeneca.	N1 0122	Natalis	Liseth Maria	39047825