	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	Versión: 8.0	Fecha: 12/01/2022	Página 1 de 2

NOMBRE COMPLETO: Daniela Michelle Arteta Nieves

IDENTIFICACIÓN: 55231036.

OBJETO CONTRATO: Nutricionista

Nº	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
1	Señal de Talento Humano para SAF remitiendo los documentos para el contrato e informando: -No hay personal de planta para cubrir la necesidad actual -Cumple con la idoneidad o experiencia requerida -Estado del estudio seguridad del aspirante a contratar, en caso de estar en trámite se debe informar a SAF el resultado final		
2	Estudio Previo acuerdo formato establecido proceso Gestión Contractual		
3	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP)		
4	Solicitud de Oferta acuerdo formato establecido proceso Gestión Contractual		
5	**Formato Único Hoja de Vida Persona Natural** - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), actualizada e impresa desde el SIGEP (www.sigep.gov.co)	✓	
6	Fotocopia de Certificaciones de Experiencia Laboral acuerdo Tipo de labor (Resolución No. 1684 del 30 de Diciembre de 2021 Dirección General de Sanidad Militar DIGSA.)	✓	
7	**Formato Único de Declaración de Bienes y Rentas** – Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)	✓	
8	Fotocopia Cédula de Ciudadanía (ambos lados)	✓	
9	Fotocopia Libreta Militar (Si aplica)	NA.	
10	**Certificado de Antecedentes Judiciales Policía Nacional** con fecha de expedición no superior a 30 días (www.antecedentes.policia.gov.co)	✓	
11	**Certificado de Consulta de inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años,** con fecha de expedición no superior a 30 días (www.inhabilidades.policia.gov.co). (Acuerdo Ley 1918 de 2018 el certificado aplica para el personal asistencial que realiza atención a menores de edad).	✓	
12	Consulta del Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional (www.policia.gov.co – módulo" Consulta de Medidas Correctivas CNPC) Ley 1801-29 Julio/16. no superior a 30 días	✓	
13	**Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación**, con fecha de expedición no superior a 30 días (www.procuraduria.gov.co)	✓	
14	**Certificado del Boletín de Responsabilidad Fiscal** expedido por la Contraloría General de la República, con fecha de expedición no superior a 30 días (www.contraloria.gov.co)	✓	
15	Fotocopia Diploma Bachiller o Acta de Grado.	✓	
16	Fotocopia Diploma o Acta de Estudios Técnicos y/o Tecnológicos. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios técnicos y/o tecnológicos)	NA.	
17	Fotocopia Diploma o Acta de Grado Estudios Profesionales. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios profesionales)	✓	
18	Fotocopia Diploma o Acta de Grado de Especialización. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación servicios profesionales especializados)		
19	Fotocopia Tarjeta Profesional (acuerdo a las profesiones que aplique).	✓	
20	**Certificado de Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS).** (Si Aplica) ***Nota:** "Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente al ReTHUS. Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registro único y nacional.*	✓	
21	Los técnicos y/o tecnólogos de la salud deberán aportar **Fotocopia de la Resolución o Acto Administrativo** expedido por la Secretaria de Salud donde se autorice el ejercicio de la aptitup ocupacional del área de la salud correspondiente. *(Aplica para el personal asistencial que no requiere ReTHUS).* ***Nota:** El talento humano en salud que debe inscribirse para el ReTHUS a nivel técnico y tecnológico en los siguientes programas: Auxiliar de administrativo en salud, Auxiliar de enfermería, Auxiliar en salud oral, Auxiliar en salud pública, Auxiliar en servicios farmacéuticos, Técnico profesional en atención pre-hospitalaria, Técnico profesional en citohistología, Tecnología en atención pre hospitalaria, Tecnología en citohistología, Tecnología en regencia de farmacia, Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico, Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia, Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas y Tecnología en radioterapia*		

ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Nº	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
22	Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Victimas de Violencia Sexual Vigente (Aplica para el personal asistencial de los servicios de consulta externa, atención prioritaria urgencias y hospitalización)		
23	**Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Victimas de Ataques con Agentes Químicos Vigente** (Aplica para el personal de traslado asistencial y servicio de urgencias)		
24	**Fotocopia Certificado Capacitación Protección Radiológica Vigente (Resolución 482 de 2018)** Personal Médicos Radiólogos, Odontólogos, Técnicos de RX e Imágenes Diagnósticas, Auxiliares de Odontología		
25	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Básico BLS Vigente** (Aplica para el personal de Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias y traslado asistencial básico)		
26	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado ACLS (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médicos Generales, Enfermería Profesional y Tecnólogo del servicio de traslado asistencial medicalizado y servicio de urgencias).		
27	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado Pediátrico (SAVP-PALS) (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médico manejo de pacientes pediátricos con urgencias respiratorias, choque y paro cardiorrespiratorio).		
28	**Fotocopia Certificado AIEPI Clínico Comunitario Vigente.** (Para el siguiente personal que realizara atención en salud infantil: Médicos – Enfermera Profesional - Auxiliar Enfermería en la atención de la Ruta Materno Perinatal y Atención momento curso de vida primera infancia).		
29	**Fotocopia Certificado Capacitación Primeros Auxilios Vigente (mínimo 40 horas).** (Aplica para personal Conductores de Ambulancias TAB y TAM en los ESM).		
30	**Fotocopia Certificado Entrenamiento Específico en Unidad de Cuidado Intensivo vigente.** (Aplica para el personal de Médicos Generales, Médicos Anestesiólogos, Médicos Cirujanos Generales, Enfermeras Profesionales, Terapeutas Respiratorios, Nutricionistas y Auxiliares de Enfermería que realizan turnos en Unidad de Cuidado Intensivo).		
31	**Fotocopia Certificado de formación en el manejo de la gestión pre-transfusional vigente.** (Aplica para Bacteriólogo del Servicio Transfusión Sanguínea HONAC)		
32	**Fotocopia Certificado Capacitación Toma de Citología de Cuello Uterino vigente** (Aplica para el personal asistencial que realice toma de citologías Cuello Uterino)		
33	**Certificado formación manejo del dolor y cuidado paliativo vigente** (Aplica al personal asistencial del manejo del dolor y paliativos que no cuenta con la especialización).		
34	**Certificado gestión del duelo vigente** (Aplica al personal asistencial que labora en atención del parto cuidados intensivos adultos cuidados intermedio- neonatal- pediátrico HONAC).		
35	**Fotocopia de certificado de formación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones vigente** (Personal asistencial del servicio de vacunación).		
36	**Fotocopia certificado de formación para la atención y tratamiento en salud mental vigente** (Personal asistencial del servicio de hospitalización en salud mental HONAC).		
37	Certificacion de Afiliación como independiente EPS con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
38	Certificacion de Afiliación como independiente a la Administradora de Pensiones, con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
39	Copia del Carnet de Vacunación del aspirante (Verificación Esquema Vacunación acuerdo Tipo de Labor Personal avalado por el Área de Vacunación y SST acuerdo Procedimiento Requisitos de Vacunación acuerdo Labor Personal DIGSA Codigo MDN-COGFM-PTOATH-DIGSA-PT-95.1-18-V3) Verificacion (www.PAI.web (A Nivel Nacional) –www.PAI2.0 (Bogotá D.C.)		
40	Examenes Ocupacionales de Ingreso del aspirante acuerdo Tipo de Labor avalado por SST.	✓	
41	**Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) Persona Natural**	✓	
42	Fotocopia de Certificación Bancaria con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
43	Fotocopia de formato datos básicos beneficiario cuenta SIIF diligenciado.	✓	
44	Verificación Estudio de seguridad (Concepto Favorable) Sin excepción para todo contratista.		

*a: Los documentos que **NO** se requieran para el objeto a contratar, registrar **"No Aplica"** en la Columna de Verificación*

Grado y Nombre del funcionario STH que verifica documentos	Grado y Nombre del Subdirector Talento Humano o Jefe Personal DISAN/ESM

Ciudad y fecha de verificación: _____

REGISTRO CONTROL INTERNO DISAN

No. 20260032190261893 / MDN-COGFM-COARC-SECAR- LINEA DE MANDO-COD TRD

Bogotá D.C. 26-01-2026

Señora Teniente de Fragata
KAREN BARRETO DUQUE
Jefe División Logística Dispensario Médico Nivel I Bahía Málaga
Base Naval Logística N° 2
Buenaventura, Valle del Cauca

Asunto: Certificado de inexistencia de personal

El suscrito Jefe de Talento Humano del Dispensario Médico Nivel II Buenaventura, con sede en el Distrito Especial de Buenaventura, hace constar que esta unidad no cuenta con el personal suficiente para desarrollar las actividades propias de atención y valoración por la especialidad de NUTRICION, teniendo en cuenta que la demanda del servicio no es cubierta de acuerdo a la necesidad planteada en la atención de los usuarios adscritos al Dispensario Médico Nivel II Buenaventura.

Lo anterior en concordancia con literal h numeral 4 del Art. 2 de Ley 1150/07

Atentamente,

Suboficial Primero GUERRERO CARRILLO JORGE ANDRES
Jefe de Talento Humano Dispensario Médico Nivel II Buenaventura

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ARTETA	NAVAS	MARCELA MICHELLE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 55231036

GENERO: 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 09 MES 11 AÑO 1984

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ATLÁNTICO

MUNICIPIO BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Bahia Malaga

PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO BUENAVENTURA

TELÉFONO 3007425978 EMAIL marcelartetanavas@yahoo.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 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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN CONTRATACION E INTERVENTORIA DE SERVICIOS ALIMENTARIOS A COLECTIVIDADES	08	2020	
PREGRADO	10	X		NUTRICION Y DIETETICA	05	2008	MND02601

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4 IDIOMAS

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO	MUNICIPIO: BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3007425978	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	02	Año	2025	Día	31	Mes	08	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	DEPENDENCIA: CENTRO ZONAL NORTE CENTRO HIST					DIRECCIÓN: CARRERA 46 61 15 centro historico						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO	MUNICIPIO: BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3515066	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	27	Mes	07	Año	2024	Día	22	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 10012 NUTRICIONISTA	DEPENDENCIA: CENTRO ZONAL NORTE CENTRO HIST					DIRECCIÓN: CALLE 61 45 79						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION NU3			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3176671890	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10012 NUTRICIONISTA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 60 74 35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2195286	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* CONTRATACION DE SERVICIOS					*DIRECCIÓN* CALLE 67 53 108						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2195286	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	07	*Mes*	08	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* FACULTAD DE NUTRICION Y DIETETICA					*DIRECCIÓN* CALLE 67 53 108						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION SUMANDO SONRISAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3008348273	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 03900454/NUTRICIONISTA	*DEPENDENCIA* CONTRATACIONES Y SERVICIOS					*DIRECCIÓN* CARRERA 38 73 35 OF 202						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION UNIDAD SOCIAL BARRIO ADENTRO - FUSBA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* OVEJAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3003130447	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	07	*Año* 2019	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10129/2013 COORDINADORA	*DEPENDENCIA* CONTRATACIONES Y SERVICIOS					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 22 51						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION NU3			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3176671890	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	08	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10012 NUTRICIONISTA	*DEPENDENCIA* CONTRATACION DE SERVICIOS					*DIRECCIÓN* CARRERA 60 74 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SINERGIA SALUD GLOBAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3180038	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2012	*Día*	20	*Mes*	08	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* AREA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 71 31 18 UBA SANTA LUCIA						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PRIVADA UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6562403	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	05	*Año* 2011	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10012 NUTRICIONISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE EXTENSION Y PROYECCION SOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 30 20 71 PIE DE LA POPA						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA - DIBULLA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA	*MUNICIPIO* DIBULLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7200083	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2010	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 6 0 0 VIA LA PUNTA						

6 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)

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 20-Enero-2021

Ofrela Ariti Gil.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

EL SUSCRITO (A) COORDINADOR (A) DEL GRUPO JURÍDICO DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS

CERTIFICA

REGIONAL DEL CONTRATO	Atlántico
NÚMERO DEL CONTRATO	08005682024
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	55231036

OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA DE NUTRICIÓN A LA DEFENSORÍA DE FAMILIA, PARA APOYAR LOS TRÁMITES PARA LA GARANTÍA Y RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN A FAVOR DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	Día: 27 Mes: 7 Año: 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 19.322.635,00
PLAZO INICIAL DE EJECUCION	0 Año(s) 4 Mes(es) 23 Día(s)
ADICIÓN (ES)	SI NO X Número de adiciones 0
VALOR TOTAL ADICIONES	$ 0,00, CERO PESOS M/CTE

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras

VALOR TOTAL CONTRATO	$ 19.322.635,00, DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE
PRORROGA	SI NO X Cantidad Prorrogas 0
TIEMPO TOTAL PRORROGADO	Años: Meses: Días:
PLAZO TOTAL EJECUCION	0 Año(s) 4 Mes(es) 23 Día(s)
FECHA INICIO CONTRATO/CONVENIO	Día: 31 Mes: 7 Año: 2024
FECHA FINAL DE TERMINACIÓN CONTRATO/CONVENIO	Día: 22 Mes: 12 Año: 2024
ESTADO	TERMINADO
FECHA DE EXPEDICIÓN	Día: 8 Mes: 9 Año: 2025

ANDRÉS FELIPE FLOREZ MEZA
COORDINADOR (A) DEL GRUPO JURÍDICO

NOTA:LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LOS ACTIVOS DE INFORMACIÓN DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.

Para validar la autenticidad de la presente certificación contractual, copie y pegue el siguiente código de verificación en el campo de validación certificación, el cual presentará la información de la certificación contractual expedida.

Código Validación certificación: DefaultCertificaciones.aspx/9ac3120a-3887-4b41-acb9-0110de37a807

ANEXO
OBLIGACIONES CONTRATO/CONVENIO
1. APOYAR DESDE LA ESPECIFICIDAD DEL MARCO DE SU COMPETENCIA PROFESIONAL AL EQUIPO TÉCNICO INTERDISCIPLINARIO DE LA DEFENSORÍA DE FAMILIA EN LA PREPARACIÓN, DESARROLLO Y FORMULACIÓN DE CONCEPTOS SOBRE EL ESTADO DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO QUE SEAN REQUERIDOS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA.
2. REALIZAR DE MANERA OPORTUNA LAS VALORACIONES PSICOLÓGICAS Y NUTRICIONALES SOLICITADAS POR LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS COMPETENTES, EMITIENDO OPORTUNAMENTE LOS CONCEPTOS PERICIALES QUE SEAN REQUERIDOS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LOS PROCESOS O DEL TIPO DE TRÁMITE ORDENADO PARA LA GARANTÍA Y RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO.
3. APOYAR EL CUMPLIMIENTO, DESARROLLO Y REPORTE PARA RESPONDER A LAS SOLICITUDES JUDICIALES, CUANDO EN EL MARCO DE SUS COMPETENCIAS PROFESIONALES E INSTITUCIONALES, LE SEA REQUERIDO.
4. APOYAR AL EQUIPO TÉCNICO INTERDISCIPLINARIO DE LA DEFENSORÍA DE FAMILIA, ASIGNADAS A CAIVAS Y DEFENSORÍAS DE FAMILIA ESPECIALIZADAS EN VIOLENCIA SEXUAL EN LA MATERIALIZACIÓN DE LAS ACTUACIONES PERTINENTES FRENTE AL SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DECRETADAS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO.
5. PARTICIPAR EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y TRABAJO QUE SE PROGRAMEN EN EL CENTRO ZONAL, ASUMIENDO LOS COMPROMISOS ESPECÍFICOS QUE SE ESTABLEZCAN EN ESTOS ESPACIOS, DESDE EL ÁREA PROFESIONAL DE SU COMPETENCIA.
6. GENERAR RECOMENDACIONES FRENTE A LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO, EN LOS ESPACIOS TÉCNICOS ZONALES Y REGIONALES QUE SEAN CONVOCADOS.
7. SUMINISTRAR INSUMOS O RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS QUE REALICEN LOS ÓRGANOS DE CONTROL RESPECTO A LOS PROCESOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS Y ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO.

8. REALIZAR EL REGISTRO OPORTUNO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL DEL ICBF-SIM DE LAS ACTUACIONES QUE SE REALICEN EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO Y DEMÁS TRÁMITES QUE SE ADELANTEN EN LA DEFENSORÍA DE FAMILIA Y QUE SE ENCUENTREN ARCHIVADOS EN LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN.

9. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA SUPERVISIÓN Y QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO.

10. GUARDAR ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD RESPECTO DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y AQUELLA DE TERCEROS A LA QUE TENGA ACCESO EN EL MARCO DE LA GESTIÓN CONTRATADA. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN ES CALIFICADO POR LAS PARTES QUE FIRMAN ESTE CONTRATO COMO GRAVE Y DARÁ LUGAR A LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD DEL CONTRATO DE ACUERDO CON EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN LA LEY.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras

EL SUSCRITO (A) COORDINADOR (A) DEL GRUPO JURÍDICO DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS

CERTIFICA

REGIONAL DEL CONTRATO	Atlántico
NÚMERO DEL CONTRATO	08001992025
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	55231036

OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA DE NUTRICIÓN A LA DEFENSORÍA DE FAMILIA, PARA APOYAR LOS TRÁMITES PARA LA GARANTÍA Y RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN A FAVOR DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	Día: 3 Mes: 2 Año: 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 27.863.241,00
PLAZO INICIAL DE EJECUCION	0 Año(s) 6 Mes(es) 27 Día(s)
ADICIÓN (ES)	SI NO X Número de adiciones 0
VALOR TOTAL ADICIONES	$ 0,00, CERO PESOS M/CTE

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Cecilia De la Fuente de Lleras

VALOR TOTAL CONTRATO	$ 27.863.241,00, VEINTISIETE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y UNO PESOS M/CTE
PRORROGA	SI NO X Cantidad Prorrogas 0
TIEMPO TOTAL PRORROGADO	Años: Meses: Días:
PLAZO TOTAL EJECUCION	0 Año(s) 6 Mes(es) 27 Día(s)
FECHA INICIO CONTRATO/CONVENIO	Día: 4 Mes: 2 Año: 2025
FECHA FINAL DE TERMINACIÓN CONTRATO/CONVENIO	Día: 31 Mes: 8 Año: 2025
ESTADO	TERMINADO
FECHA DE EXPEDICIÓN	Día: 8 Mes: 9 Año: 2025

ANDRÉS FELIPE FLOREZ MEZA

COORDINADOR (A) DEL GRUPO JURÍDICO

NOTA:LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LOS ACTIVOS DE INFORMACIÓN DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.

Para validar la autenticidad de la presente certificación contractual, copie y pegue el siguiente código de verificación en el campo de validación certificación, el cual presentará la información de la certificación contractual expedida.

Código Validación certificación: DefaultCertificaciones.aspx/8b70bcc1-5810-4d55-9d13-de2e7093b006

nu3
alimenta cuerpo y alma

nu3
NIT.900.067.105-8

Certifica que la señora **ARTETA NAVAS MARCELA MICHELLE** identificado(a) con cédula de ciudadanía **N° 55.231.036** prestó sus servicios en nuestra organización como profesional **NUTRICIONISTA**, mediante un contrato de prestación de servicios, en el Programa 1000 días para cambiar el mundo con nuestro aliado ICBF. Iniciando el 21 de diciembre de 2021 y finalizando el 30 de noviembre de 2022, cumpliendo las siguientes funciones:

- Realizar la valoración del estado nutricional inicial para determinar el ingreso de las mujeres gestantes, niñas y niños.
- Establecer un Plan de Intervención Individual en conjunto con el equipo interdisciplinario para la atención de cada beneficiario
- Elaborar e implementar junto con el profesional del área pedagógica el Programa de Educación Alimentaria y Nutricional.
- Realizar el seguimiento nutricional a los beneficiarios con la periodicidad requerida por cada la fase de atención y teniendo en cuenta el Plan del Intervención Individualizado.
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las mujeres gestantes beneficiarios en: Alimentación durante la gestación y Promoción de la Lactancia Materna
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las familias de las niñas y niñas beneficiarios en: Promoción de la Lactancia Materna, adecuada introducción de la alimentación complementaria, alimentación saludable, detección de signos clínicos de desnutrición.
- Establecer la cantidad de alimento suplementario necesario para las niñas y niños beneficiarios en la fase de mejoramiento.
- Brindar orientaciones individualizadas a las familias de las niñas y niños beneficiarios que reciben alimento suplementario, encaminadas a inicio del suministro, tolerancia, porciones, horarios de suministro, almacenamiento, conservación y manipulación.
- Definir el momento para iniciar el suministro de la Ración Familiar para Preparar a las familias de las niñas y niños beneficiarios.
- Brindar orientaciones y realizar seguimiento a las familias para el consumo adecuado del Alimento Suplementario y la Ración Familiar para Preparar.
- Realizar acompañamiento a los beneficiarios en el hogar de acuerdo al Plan de Intervención Individualizada y a lo evidenciado en los seguimientos realizados por los gestores comunitarios.
- Apoyar la búsqueda activa de beneficiarios para el ingreso a la modalidad, analizando la situación nutricional de la población y priorizando las áreas geográficas de intervención.
- Definir y realizar los estudios de caso para los beneficiarios que lo requieran.

- Capacitar a los gestores y profesionales de la modalidad en el seguimiento al consumo de la ración, consumo y tolerancia del alimento suplementario, en la técnica estandarizada para toma del perímetro braquial, y en la importancia de la calidad de la información como un elemento indispensable para el seguimiento nutricional; así mismo, en seguridad alimentaria y nutricional, detección de signos físicos de la desnutrición, alimentación balanceada según el curso de vida, actividad física, alimentación versus costos, Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y el Decreto 1397 de 1992, entre otros, que se consideren pertinentes de acuerdo a la situación encontrada.
- Dar cumplimiento a la Guía de Metrología respecto a la selección de los equipos y a las actividades que garanticen que los instrumentos de medición se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento, se utilicen adecuadamente y proporcionen medidas confiables que permitan tomar decisiones satisfactorias.
- Diligenciar el formato operativo F7.MO7.PP Egreso y remisión a las modalidades de la Dirección de Primera Infancia y seguir el procedimiento definido en la Ruta de remisión de niñas y niños menores de 2 años a las modalidades de atención integral de primera infancia (anexo técnico A8.MO7.PP). En caso que el beneficiario cambie el lugar de residencia y la Entidad Administradora de Servicio cuente con información sobre el lugar de destino, deberá informar al ICBF para procurar la vinculación del niño o niña, a otro programa ICBF en el nuevo lugar de residencia.
- Remitir al sector salud los casos de los beneficiarios que, por su situación requieren de intervenciones médicas (con patologías asociadas a la desnutrición, o con complicaciones médicas como edema, pobre apetito, signos clínicos de desnutrición severa, etc.), teniendo en cuenta la Resolución No. 5406 de 2016.
- Todas las demás funciones que le sean asignadas por la contratante y correspondan a la naturaleza del contrato.

Se expide a solicitud del interesado en Barranquilla a los (20) días del mes de enero de 2023.

Atentamente,

Angélica Rodríguez V.

ANGÉLICA CECILIA RODRÍGUEZ VEGA
Directora Gestión Humana.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Certificado Oficial

Medellín, 04 de noviembre de 2021

EL GESTOR ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN LABORAL DE LA DIVISIÓN DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS, con cédula 55.231.036, prestó sus servicios a la Universidad en la siguiente forma:

Como contratista, por contrato de prestación de servicios, en ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA para desarrollar las siguientes actividades: "prestación de servicios personales para profesional que realizará visitas de verificación en etc., operadores, proveedores y hogares de las condiciones físicas y funcionales de la infraestructura y dotación disponible para la ejecución y operación del proyecto que tiene como objetivo realizar prueba piloto de auditoría externa para la verificación y el seguimientos del cumplimiento de los lineamientos técnico - administrativos del programa de alimentación escolar PAE en el marco de la ejecución del contrato cd-uapa-002-2021 celebrado con la unidad administrativa especial de alimentación escolar.". Durante el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2021 al 31 de octubre de 2021.

Obligaciones específicas:

- Verificar en las ETC, operadores proveedores y hogares las condiciones físicas y funcionales de la infraestructura y dotación disponible para la ejecución y operación del PAE.
- Verificar en campo los actos administrativos y soportes documentales sobre las acciones realizadas en el marco del "Anexo 2. Fase de alistamiento, equipos, dotación e implementos de Aseo" de los lineamientos técnico-administrativo del programa.
- Elaborar los planes de mejoramiento de las acciones realizadas.
- Proponer indicadores de calidad del proceso de ejecución y operación del programa.
- Verificar las entregas realizadas a los beneficiarios del programa.
- Elaborar y socializar los informes sobre hallazgos y oportunidades de mejora.
- Asistir a las reuniones convocadas en el proyecto.

Como contratista, por contrato de prestación de servicios, en ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA para desarrollar las siguientes actividades: objeto: prestación de servicios

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Certificado Oficial

personales para profesional que realizará visitas de verificación en etc., operadores, proveedores y hogares de las condiciones físicas y funcionales de la infraestructura y dotación disponible para la ejecución y operación del proyecto que tiene como objetivo realizar prueba piloto de auditoría externa para la verificación y el seguimientos del cumplimiento de los lineamientos técnico - administrativos del programa de alimentación escolar PAE en el marco de la ejecución del contrato cd-uapa-002-2021 celebrado con la unidad administrativa especial de alimentación escolar.. Durante el periodo comprendido del 22 de abril de 2021 al 7 de agosto de 2021.

Obligaciones específicas:

- Verificar en las ETC, operadores proveedores y hogares las condiciones físicas y funcionales de la infraestructura y dotación disponible para la ejecución y operación del PAE.
- Verificar en campo los actos administrativos y soportes documentales sobre las acciones realizadas en el marco del "Anexo 2. Fase de alistamiento, equipos, dotación e implementos de Aseo" de los lineamientos técnico administrativo del programa.
- Elaborar los planes de mejoramiento de las acciones realizadas.
- Proponer indicadores de calidad del proceso de ejecución y operación del programa.
- Verificar las entregas realizadas a los beneficiarios del programa.
- Elaborar y socializar los informes sobre hallazgos y oportunidades de mejora.
- Asistir a las reuniones convocadas en el proyecto.

El presente certificado se expide para trámites personales.

ÓSCAR GONZALO MONTOYA CASTRO
Autorizado para firmar certificaciones laborales mediante Resolución Rectoral 34283 de 2012
Vigilada Min educación

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

CORPORACION SUMANDO SONRISAS
NIT. 901.312.959-5

BIENESTAR FAMILIAR

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA COORPORACIÓN SUMANDO SONRISAS

CERTIFICA

QUE:

ARTETA	**NAVAS**	**MARCELA MICHELLE**	**C.C No.**	**55231036 de Barranquilla**

Presto sus servicios a la Corporación como NUTRICIONISTA DIETISTA, durante el periodo 01 de marzo al 31 de diciembre de 2020, dentro del contrato No.177_2020 suscrito ante la entidad y el ICBF y a la fecha la entidad CORPORACION SUMANDO SONRISAS se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de Honorarios.

Que durante la relación laboral demostró ser una persona seria, honesta y cumplidora de sus obligaciones contractuales, por lo cual la recomendamos ampliamente.

Que durante el periodo que prestó sus servicios como NUTRICIONISTA DIETISTA desempeño las siguientes funciones:

- ✓ Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños.
- ✓ Realizar procesos de formación con docentes, auxiliares, madres y padres de familia para informar el estado nutricional actual de los niños y niñas y tomar las medidas conjuntas de ser necesarias.
- ✓ Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud.
- ✓ Implementar acciones de promoción y prevención de la salud.
- ✓ Movilizar recursos interinstitucionales.
- ✓ Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación de la unidad de servicio.
- ✓ Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación.
- ✓ Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad.

Dirección: Cra 38ª # 73 35 Of 202, BARRANQUILLA
Teléfono: 3016397251 - 3008348273
Correo electrónico: corsusobaq@gmail.com

- ✓ Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad.
- ✓ Utilizar los protocolos de seguimiento a la garantía de derechos y
- ✓ Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF.
- ✓ Elaborar el ciclo de menús o la minuta concertada en caso de grupos étnicos, de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad.
- ✓ Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha.
- ✓ Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas.
- ✓ Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirla.
- ✓ Realizar el proceso de asesoría y capacitación permanente a las manipuladoras de alimentos para la estandarización de las porciones utilizadas y servidas.
- ✓ participar en las capacitaciones que cualifiquen la atención en el área de salud y nutrición y todos los procesos pedagógicos que apliquen al área.
- ✓ Diseñar e implementar los mecanismos de capacitación y control a manipuladoras para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación.
- ✓ Capacitar al personal docente para la detección temprana de factores de riesgo en salud pública que permita tomar acciones preventivas y activar la red de servicios.
- ✓ Garantizar la capacitación el personal en primeros auxilios
- ✓ Dar a conocer a las familias la ruta integral de atenciones en primera infancia y la ruta de acción en caso de vulneración de los derechos de las niñas y niños.
- ✓ Brindar asesoría permanente a los cuidadores sobre adecuados hábitos de higiene y manipulación de alimentos, en el hogar.
- ✓ Orientar sobre aspectos nutricionales a las madres gestantes y lactantes.
- ✓ Identificar las necesidades de formación a las familias de acuerdo con las prácticas de nutrición observados en las visitas familiares.
- ✓ Acompañar y orientar las acciones educativas de los padres madres y personas significativas en la crianza y cuidado de los niños y niñas en las condiciones de su hogar y entorno social inmediato.
- ✓ Las familias conocen que es el POS y que tienen derecho sus hijos.
- ✓ Incentivar la participación de las familias en los encuentros formativos y reforzar y hacer seguimiento a la apropiación de los aprendizajes construidos durante los mismos, identificando los logros y dificultades.

- ✓ Para el caso de la modalidad familiar, realizar visitas de acompañamiento al hogar, en coordinación con el equipo de la modalidad.
- ✓ Sostener comunicación permanente con los padres, madres o adultos responsables de los niños y niñas con el fin de identificar las situaciones favorables al desarrollo y promover el restablecimiento de derechos cuando estos sean afectados por inobservancia, amenaza o vulneración.
- ✓ Fomentar el desarrollo de actividades pedagógicas en los que niñas y niñas conocen y quieren su cuerpo.
- ✓ Tener registro de la evolución del estado nutricional de cada beneficiario en las curvas de crecimiento y diligenciar el cartel de crecimiento.
- ✓ Elaborar el plan de intervención individual para los niños y niñas que presenten malnutrición. El Plan deberá estar acorde a las directrices del ICBF.
- ✓ Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas familias y comunidades.

Estas actividades se desarrollaron en el DIMF Lazos de Amor y Vida del municipio de Usiacurí (Atlántico).

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado en Barranquilla el día (15) del mes de abril del 2021.

Atentamente,

Eugenia Urquijo M.

EUGENIA URQUIJO MOLINA.
C.C No.1.140.872.714 de Barranquilla, Atlantico

Fundación Unidad Social Barrio Adentro
"Profesionales y Servicios"
Nit. 823003298-7

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION UNIDAD SOCIAL BARRIO ADENTRO "FUSBA" CON NIT: 823.003.298-7

HACE CONSTAR:

Que la señora **MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS** identificada con cédula de ciudadanía 55.231.036 expedida en Barranquilla – Atlántico, prestó sus servicios profesionales desde el 15 de Julio de 2019 hasta 19 de diciembre de 2019; desempeñado el cargo de: **COORDINADORA ADMINISTRATIVA DEL EQUIPO DEL PROGRAMA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO DEL ICBF REGIONAL ATLANTICO** en los Municipios de Ponedera, Baranoa, Juan De Acosta, Santa Lucia y Campo de la Cruz; las actividades que realizó son:

- ✓ Realizar la socialización, gestión y articulación intersectorial con las entidades territoriales durante todo el desarrollo de la modalidad.
- ✓ Realizar la coordinación intersectorial, especialmente con el sector salud, para la focalización de usuarios.
- ✓ Coordinar las acciones a desarrollar por el equipo interdisciplinario para la atención de los usuarios en la unidad de servicio en los componentes señalados por la modalidad. p
- ✓ Realizar seguimiento al desarrollo de las actividades por parte del equipo interdisciplinario.
- ✓ Elaborar informes técnicos mensuales que den cuenta del desarrollo de las acciones, avances y lecciones aprendidas en cada uno de los componentes.
- ✓ Ser el enlace permanente con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ✓ Asistir a las reuniones, capacitaciones, espacios de trabajo convocados por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar u otras instituciones cuando sea requerido y con conocimiento del supervisor del contrato.
- ✓ Remitir los Estudios de Caso al supervisor de contrato que requieran de la coordinación interinstitucional o intervención de otras áreas del ICBF.
- ✓ Activar la respectiva ruta de remisión de casos a protección en caso de identificar violencia intrafamiliar o negligencia que vulnere los derechos del usuario y hacer el reporte inmediatamente al Coordinador del Centro Zonal[1].
- ✓ Coordinar con el sector salud el desarrollo de brigadas de atención extramural, para la atención de los usuarios, incluyendo desparasitación, suplementación con micronutrientes y administración de antibióticos en las niñas y los niños con
- ✓ desnutrición que lo requieran de acuerdo con lo definido por la Organización Mundial de la Salud – OMS[2].
- ✓ Elaborar, socializar y cumplir con lo establecido en el Anexo ruta de remisión a salud, para la atención a la desnutrición aguda de niñas y niños menores de cinco

años, atendidos en los servicios del ICBF y el Formato Único de Remisión a salud, cuando sea requerido, previa articulación con el sector salud.

- ✓ Gestionar para la activación de la ruta de atención a la desnutrición aguda en niñas y niños menores de 5 años, del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.

Se expide la presente certificación a solicitud de parte interesada a los Treinta y un (31) días del mes de Abril de 2021.

Atentamente,

NEYIRETH GARCIA PIZARRO
Representante Legal

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE
ONG FUNDACION LA NUEVA ESPERANZA

HACE CONSTAR:

Que, la Sra. **MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS** identificada con cédula de ciudadanía No. 55231036 de Barranquilla, prestó sus servicios a nuestra fundación a través de un contrato por prestación de servicios para el Programa de primera infancia modalidad institucional del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en el municipio de Baranoa, mediante contrato de prestación de servicios desde el 21 de Enero de 2019 hasta el 31 de Agosto de 2019 como **NUTRCIONISTA DIETISTA** desempeñando el cargo con las siguientes funciones:

PERFIL 1. NUTRICIONISTA DIETISTA

- Elaborar el ciclo de menús o la minuta concertada en caso de grupos étnicos, de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad.
- Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha.
- Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas.
- Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirla.
- Realizar el proceso de asesoría y capacitación permanente a las manipuladoras de alimentos para la estandarización de las porciones utilizadas y servidas.
- Participar en las capacitaciones que cualifiquen la atención en el área de salud y nutrición y todos los procesos pedagógicos que apliquen al área.
- Diseñar e implementar los mecanismos de capacitación y control a manipuladoras para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación.
- Capacitar al personal docente para la detección temprana de factores de riesgo en salud pública que permita tomar acciones preventivas y activar la red de servicios.
- Garantizar la capacitación el personal en primeros auxilios.
- Dar a conocer a las familias la ruta integral de atenciones en primera infancia y la ruta de acción en caso de vulneración de los derechos de las niñas y niños
- Brindar asesoría permanente a los cuidadores sobre adecuados hábitos de higiene y manipulación de alimentos, en el hogar.
- Orientar sobre aspectos nutricionales a las madres gestantes y lactantes.

- Identificar las necesidades de formación a las familias de acuerdo con las prácticas de nutrición observados en las visitas familiares.
- Acompañar y orientar las acciones educativas de los padres madres y personas significativas en la crianza y cuidado de los niños y niñas en las condiciones de su hogar y entorno social inmediato.
- Incentivar la participación de las familias en los encuentros formativos y reforzar y hacer seguimiento a la apropiación de los aprendizajes construidos durante los mismos, identificando los logros y dificultades.
- Tener registro de la evolución del estado nutricional de cada beneficiario en las curvas de crecimiento y diligenciar el carnet de crecimiento.
- Elaborar el plan de intervención individual para los niños y niñas que presenten malnutrición. El Plan deberá estar acorde a las directrices del ICBF.
- Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas familias y comunidades.

Estas actividades se desarrollaron en los Centros de Desarrollo Infantil (CDIs) En Busca del Saber y Nuestra Señora del Carmen del municipio de Baranoa.

Para constancia se firma la presente certificación a petición de la persona interesada en Soledad, a los catorce (14) días del mes de abril de 2021.

Atentamente,

Kandy Ricardo G

KANDY RICARDO GARCIA
Representante Legal

Carrera 13 A1 # 50-28, Teléfono. 3812876
Cel: 3135337859, E-mail: ongfunes@hotmail.com
Soledad - Atlántico

nu3
NIT.900.067.105-8

A QUIEN INTERESE:

Certifico que la Sra. **MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS** identificada con cedula de ciudadanía N° **C.C. 55.231.036**, prestó sus servicios en la organización como (NUTRICIONISTA) desde el 12 de agosto del 2015 hasta el 30 de abril del 2018. Realizando las siguientes funciones:

- Elaborar la historia de ingreso del beneficiario
- Definir diariamente la intervención alimentaria individualizada, en necesidades nutricionales y en la forma de suministrar al beneficiario (lactancia materna exclusiva, fórmulas para la recuperación nutricional, alimentación regular (porciones y horarios), suplemento adicional, etc.), considerando intolerancias y alergias.
- Realizar el cálculo individual de los micronutrientes que se entregan a través de la alimentación, en concordancia con el tratamiento de las deficiencias de micronutrientes definido por el médico.
- Registrar el peso diario del beneficiario en la curva individual de peso.
- Realizar la evolución diaria: control de ingesta con aporte de energía y macronutrientes total y por kilo de peso, vigilancia de la ganancia diaria de peso y plan de manejo.
- Realizar la toma de talla a través de procedimiento estandarizado y con la frecuencia definida; registrar y realizar el cálculo de indicadores y clasificación nutricional.
- Monitorear individualmente la tolerancia de la alimentación suministrada.
- Participar activamente en la evolución interdisciplinaria diaria, para la toma de decisiones en el proceso de recuperación nutricional.

- Liderar y realizar mínimo una vez a la semana, un estudio de caso con el equipo interdisciplinario, para los casos identificados en la evolución interdisciplinaria diaria, que requieren especial atención. El desarrollo y conclusiones del estudio de caso deben consignarse en la historia clínica
- Realizar valoración, diagnóstico y resumen de la atención nutricional, para el egreso del Centro de Recuperación Nutricional. *Para las niñas y niños en situación de discapacidad, el profesional debe aplicar la Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para la población con discapacidad.
- Orientar a las madres, padres y/o cuidadores, en el egreso, sobre las actividades a desarrollar en casa para el mantenimiento del estado nutricional o como orientación por condición especial de egreso anticipado.
- Asegurar la entrega de la ración alimentaria al egreso del Centro de Recuperación Nutricional.
- Apoyar la planeación, ejecución y evaluación del componente de prevención y promoción, para las familias y el equipo de trabajo.
- Capacitar al personal auxiliar de enfermería en la técnica estandarizada para la toma de medidas antropométricas y velar por la calidad de la información, elemento indispensable para el seguimiento nutricional. Para el proceso de capacitación revisar y dar cumplimiento a los criterios definidos en los documentos ICBF: Guía Técnica Operativa del Sistema de Seguimiento Nutricional y la Guía Técnica para la Metrología Aplicable a los Programas de los Procesos Misionales del ICBF.
- Capacitar al personal manipulador de alimentos en los aspectos relacionados con el servicio de alimentos y la atención nutricional, plan de saneamiento básico, etc. Para el proceso de capacitación considerar la Guía Técnica del Componente de Alimentación y Nutrición para los Programas y Proyectos Misionales del ICBF.
- Diseñar el ciclo de menús de 21 días del CRN, con base en el cual se realizará la derivación diaria de la alimentación individual. Los formatos para el ciclo serán los definidos por el ICBF. Para el diseño del ciclo y el proceso de capacitación considerar el documento Minutas con Enfoque Diferencial, publicado en la página web del ICBF y la Guía Técnica del Componente de Alimentación y Nutrición para los Programas y Proyectos Misionales del ICBF.
- Entregar diariamente al personal manipulador de alimentos, la intervención alimentaria individualizada, donde se especifican los alimentos y las fórmulas de recuperación nutricional que se deben suministrar a cada beneficiario, en términos de porción servida y horarios de suministro.

- Realizar control sobre la alimentación entregada a los beneficiarios, especificando alimentación diaria, fórmulas de recuperación nutricional, multivitamínicos, elementos de aseo para los niños, material didáctico y visitas domiciliarias realizadas por el profesional social.

- Capacitar al manipulador de alimentos en relación con la Guía Sobre Buenas Prácticas de Manipulación de Bienestarina y Alimentos de Alto Valor Nutricional en el aparte: Mantenimiento de Bodegas y Sitios de Almacenamiento. Para el proceso de capacitación considerar Guía Sobre Buenas Prácticas de Manipulación de Bienestarina y Alimentos de Alto Valor Nutricional en las Bodegas y Sitios de Almacenamientos ICBF.

- Realizar las actividades de organización y control al servicio de alimentos (estandarización de recetas, porciones, listas de mercado, ciclos de menús, etc.).

- Supervisión diaria de la preparación de la fórmula de recuperación nutricional, controlando el volumen necesario, pesaje de ingredientes necesarios y los aspectos relacionados con calidad e inocuidad de los alimentos.

- Dar cumplimiento a la Guía de Metrología, respecto de la selección de equipos metrológicos y el adecuado uso de los mismos.

- Dar cumplimiento a la Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para la población con discapacidad, en los casos en que sea necesario.

- Participar en la búsqueda activa y la gestión para la remisión de niñas y niños al CRN.

- Definir el tipo de Ración para Preparar que se debe suministrar al egreso del Centro de Recuperación Nutricional, considerando la edad del niño y el acceso a Lactancia Materna. Para los niños que requerirán RPP condicionada (con fórmula infantil), deberá realizarse el estudio de caso, cuyo soporte debe quedar en la historia clínica con la respectiva aprobación del ICBF.

- Todas las demás funciones que le sean asignadas por la contratante y correspondan a la naturaleza del contrato.

Esta certificación se expide en Barranquilla a los diecinueve (19) días del mes de abril del 2021 a solicitud del interesado.

Atentamente,

Fabiola Escorcia B.

FABIOLA ESCORCIA BORJA

Coordinadora Talento Humano

+57 3176671890
+57 (5) 3567553 EXT. 111
nu3@nu3.org.co
www.nu3.co
Cra 60 # 74 - 35
Barranquilla, Colombia
nu3social
@nu3social
@nu3social

Sinergia Salud

CERTIFICA QUE:

Que el (la) señor(a) MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS, identificado(a) con CC-Cédula de ciudadanía No.55231036 de BARRANQUILLA - ATLANTICO, prestó sus servicios a SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S., entre el 01 de Noviembre de 2012 y el 20 de Agosto de 2015.

Al momento de su retiro se encontraba vinculado con CONTRATO INDEFINIDO, desempeñando el cargo de NUTRICIONISTA UNIDAD PAL UBA SANTA LUCIA CTG, devengando un ingreso promedio mensual de $1,980,902 distribuido en un salario promedio de $1,428,532 y otros beneficios de carácter no salarial de $552,370. El motivo del retiro es Renuncia Voluntaria.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, el día 28 de Agosto de 2015, con destino a Quien Pueda Interesar.

Atentamente,

Edward Campo Rodriguez

EDWARD CAMPO RODRIGUEZ
DIRECTOR NAL RELACIONES LABORALES Holguines (+14) CLI
SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.
NIT. 900363673-9

Para información adicional, comunicarse al Teléfono: 3180038 Ext. 39102 Cali ó 01-8000-963096

Horario de atención: Lunes a Viernes de 7:30a.m. a 12:20p.m. y de 1:30p.m. a 5:30p.m.

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

LA SUSCRITA JEFE DE GESTIÓN HUMANA
DE LA UNIVERSIDAD DEL SINÚ
Seccional Cartagena

CERTIFICA

Que la señora **MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS,** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 55.231.036 de Barranquilla (Atlántico), laboró con la Institución desde el día 02 de Mayo de 2011 hasta el día 02 de agosto de 2011, hasta el día 30 de Octubre de 2011. Desempeñándose como Nutricionista, mediante contrato por Obra y Labor Contratada, para el Convenio de Cooperación Interinstitucional No. NAJ-614-NAJ-581 entre la Organización Internacional para las Migraciones – OIM y la Universidad del Sinú EBZ.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Cartagena de Indias D. T. y C. A los quince (15) días del mes de diciembre de 2011.

YOLENIS LEGUIA BELEÑO
Jefe de Gestión Humana
Teléfono: 6581688 Ext. 108-153

Con Copia: Hoja de Vida

Nahtaly A.

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

GH458-14

LA SUSCRITA JEFE DE GESTION HUMANA
DE LA UNIVERSIDAD DEL SINÚ
Seccional Cartagena

CERTIFICA

Que la señora **MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS,** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 55231036 de Barranquilla, laboró con la Institución desde 02 de Mayo de 2011 hasta 30 Octubre de 2012, desempeñándose como Nutricionista en el Centro de Recuperación Nutricional, mediante contrato por Obra o Labor.

FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	CARGO
02 de Mayo de 2011	02 de Agosto de 2011	NUTRICIONISTA
20 de Febrero de 2012	30 de Octubre de 2012	

La presente constancia se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Cartagena de Indias D. T. y C. A los (23) días del mes de Mayo de 2014.

UNIVERSIDAD DEL SINU
ELÍAS BECHARA ZAINÚM
SECCIONAL CARTAGENA

JEFATURA DE

MERCY MERY APARICIO MORAN
Jefe de Gestión Humana
Teléfono: 6810800 Ext. 107 -123
Diana s.

LA JEFE DE RECURSOS HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA DE JESÚS DE ÁVILA

CERTIFICA:

Que una vez verificados los registros correspondientes de la Señora: **MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS,** identificada con cédula de ciudadanía No. 55.231.036 Expedida en Barranquilla (Atlántico), presta sus servicios en la Empresa Social del Estado Hospital Santa Teresa de Jesús de Ávila como **NUTRICIONISTA DIETISTA DE LA ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA DE DIBULLA GUAJIRA, desde el 01 de JULIO del 2010;** vinculada a través de la Orden de Prestación de Servicios hasta el 28 de febrero del año 2011.

Para mayor constancia se firma la presente a los 02 días del mes de marzo del 2011.

ESTRELLA CORONADO MORA
Profesional Universitario
Con funciones de Jefe de Recursos Humano

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Marcela Michelle Arteta Navas

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 55231036 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Valle del Cauca	Buenaventura

Dirección	Teléfonos
Base Naval A.R.C. B. Malaga - B. Suboficiales CFII	3007425978

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Melanie Kate Jimenez Arteta	1047048489	Hija
Jeremias Jimenez Arteta	1048462088	Hijo.

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Ahorros	91297260290	Buenaventura	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
Robinson Efrain Jimenez Espinal	C.C. X C.E. T.I.	80904746

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Barrancabermeja 26-Enero-2026.
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55231036

ARTETA NAVAS
APELLIDOS

MARCELA MICHELLE
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-1984
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

04-FEB-2003 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBABEATRIZ RENDIFO LOPEZ

P-0300100-22116131-F-0055231036-20030619 03557 03170P 01 135497644

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:02:22 PM horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **55231036**
Apellidos y Nombres: **ARTETA NAVAS MARCELA MICHELLE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Dirección. Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:06:04 horas del 10/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **55231036,**
Apellidos y Nombres **ARTETA NAVAS MARCELA MICHELLE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **armada nacional,** con NIT **800141544-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 15/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el Registro de Inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/01/2026 09:08:29 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **55231036** y Nombre: **MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **132953122** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía

Número Identificación: 55231036

¿ Cuanto es 5 - 2 ? 3

9

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 55231036.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: lunes, enero 19, 2026 - Hora de consulta: 21:10:01

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V1.0.1

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 19 de enero de 2026, a las 21:13:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	55231036
Código de Verificación	552310362601192113338

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Escuela Normal Superior Santa Ana de Baranoa

Con Acreditación Previa otorgada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución No. 3893 de Diciembre 28 de 1.998 y con Licencia de Funcionamiento otorgada por la Secretaria de Educación Departamental mediante Resolución No. 2294 de Diciembre 14 de 1.999

Confiere a:

Marcela Michelle Arteta Navas

T.I. No. 841109-57130 de Baranoa

El Título de:

Bachiller con Profundización en Pedagogía

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los Planes y Programas Vigentes.

María A. de Labrador
Rectora

Secretaria

Registro de Acta de Grado

Libro No. 1 Acta No. 36

Folio No. 74 No. de Orden 0657

Baranoa Enero 5 de 2001

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

ORDENANZA 42 DE JUNIO 15 DE 1.946 REGISTRO ICFES No. 1202

CONFIERE EL TÍTULO DE

NUTRICIONISTA DIETISTA

A

MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS

C.C. No. 55.231.036 EXPEDIDA EN Barranquilla - Atlántico

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, A LOS 10 DÍAS DEL MES DE Mayo DE 2008

LEONARDO CALVANO CABEZAS

04 JUN 2008

DECANATURA DE LA FACULTAD — RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD — SECRETARÍA GENERAL

Libro No. 001-J Acta No. 090 Folio No. 5 Registro No. 178 Fecha Mayo 10 de 2008

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

ORDENANZA 42 DE JUNIO 15 DE 1.946 REGISTRO ICFES No. 1202

03

ACTA DE GRADO Nº 090

En Barranquilla, a los diez (10) días del mes de Mayo del año 2008, se reunieron en **CONFERIAS**, en ceremonia solemne, los dignatarios de la Universidad del Atlántico, para realizar la graduación colectiva por medio de la cual se otorgó de acuerdo a la Ley y a los Estatutos de la Universidad del Atlántico, el titulo de NUTRICIONISTA DIETISTA.

Al señor (a) **MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS** Portador (a) de la cédula de ciudadanía No. 55.231.036 expedida en **BARRANQUILLA/ ATLÁNTICO**, a quien se le tomó juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de su profesión de NUTRICIONISTA DIETISTA, que aparece registrado en los libros de la Secretaría General de la Universidad del Atlántico bajo el No.178 Folio 05 Libro **0001-J** de fecha 10 de Mayo de 2008, según las disposiciones vigentes.

Para Constancia de lo anteriormente expuesto, firman la presente Acta:

ANA SOFIA MESA DE CUERVO Rectora Universidad del Atlántico

SONIA SAAVEDRA ARENAS Decana Facultad de Nutrición y Dietética

ROBERTO HENRIQUEZ NORIEGA Secretario General Universidad del Atlántico

DECANATURA DE LA FACULTAD

RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARÍA GENERAL

REPUBLICA DE COLOMBIA

COMISION DE EJERCICIO PROFESIONAL DE NUTRICION Y DIETETICA
Ley 73 del 28 de Diciembre de 1979
MATRICULA PROFESIONAL DE NUTRICIONISTA DIETISTA



Matricula No. **MND 02601**
Acta de aprobación N° 71 Fecha: 30/04/2009

ARTETA NAVAS
MARCELA MICHELLE
C.C. 55.231.036

UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR

Secretaria De Salud Departamental

Inscripción Departamental

NUTRICIONISTA DIETISTA

Profesión u Oficio

MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS

C.C. 55.231.036



Fecha de Expedición: MAY/13/2015

UNIV.DEL ATLANTICO — Institución Educativa

BARRANQUILLA — Ciudad

08 - 3289 — Registro No.

15/09/2008 — De

ATLANTICO

SISPRO - Aplicativos Misionales

Inicio

Iniciar Sesión | Registrarse

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 *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	55231036		

Confirme los números de la Imagen *

4155

Cambiar

7640

Validar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-01-19--9:20:31 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	55231036	ARTETA	NAVAS	MARCELA	MICHELLE	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) ARTETA NAVAS MARCELA MICHELLE identificado(a) con CC 55231036 registra La siguiente información:

2026-01-19--9:20:31 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Nutrición y dietética	2009-04-30		COMISIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNV	Local	Nutrición y dietética	2008-09-15	3289	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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).

ARMADA DE COLOMBIA
Protegemos el azul de la bandera

2026 AZUL QUE INSPIRA
FUERZA QUE PROTEGE

ACTA COMPROMISO REQUISITOS DOCUMENTACION

Fecha: 23/01/2026

Tipo de vinculación: Planta [ ] CPS [X] Tercerización de servicios [ ]

DIGSA [ ] DISAN EJC [ ] DISAN ARC [ ] JEFSA FAC [ ]

ESM: DISPENSARIO MEDICO NIVEL I BAHIA MÁLAGA

Yo; **MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No.55231036 de Barranquilla (Atlántico), me permito suscribir la presente acta de compromiso para la entrega de documentación faltante relacionada a continuación: Afiliación como cotizante al sistema de Salud; por lo anterior se establece para el 01 del mes de abril del año en curso se realizará la entrega de este documento en la dependencia de Talento Humano del Dispensario Médico Nivel I Bahía Málaga.

La presente se firma en: Bahía Málaga a los 23 días del mes de enero del año 2026.

Firma del aspirante:

SS Moreno Torres Yelima

Firma Jefe de la Oficina de Talento Humano DMBHM.

"Protegemos el Azul de la Bandera"
Línea Anticorrupción Armada Nacional 01 8000 11 69 69 – 24 horas
Carrera 13 No 26-50 piso 5 Edificio Bachué Conmutador 3692000 Ext 11000 Bogotá, Colombia
www.armada.mil.co – persodmbhm @armada.mil.co

EMPRESA CERTIFICADA
CERTIFICATE N°
LAT - 1035
SC2995-1 CO-SC2995-1

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ARTETA NAVAS MARCELA MICHELLE** identificado(a) con **CC** número **55.231.036** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de julio de 2008 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 19 de enero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-116
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:	Arteta. Nanes.	Nombres:	Marcela. Michelle.
N° de Documento:	55231036.	Edad:	41
Genero: Mujer	X	Hombre	
Profesión u ocupación:	Noticiones fc.	Número de contacto:	
Correo electrónico:			

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC	X	JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar:	
Cargo al que aspira:	

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?		

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	NO	
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	NO	
			2da	NO	
			3ra	NO	
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema	NO	
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	12/07/27
			2da	SI	29-09-17
			3ra	SI	04-07-19
			4ta	NO	
			5ta	NO	
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	NO	
	Hombre		1ra	N.A	
			2da	N.A	
			3ra	N.A	
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	N.A	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	NO		
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	NO		
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	NO		
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	NO		
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra	SI	29-09-14	
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	N.A		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	NO		
		Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema			

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente, lo anterior teniendo en cuenta que si no se sigue esta recomendación se interfiere en su respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI		NO		

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI		NO		

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/EESA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Firma del aspirante

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 7517a744-e293-4065-9fdb-dade8772f7f3

Nombres y apellidos / Full name: **MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **5 5 2 3 1 0 3 6**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **09/11/1984**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3007425978**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
TD Adulto	Primera	12	7	2017		D2296	CARTAGENA UAP EPS SANITAS	Daireth Yolima Radillo Mejia
TdaP Acelular Gestante	Anual	29	9	2017		AC37B252AA	CARTAGENA EPS SANITAS CENTRO M	Daireth Yolima Radillo Mejia
TD Adulto	Tercera	4	7	2019		221500217C	BARANOA E.S.E. HOSPITAL	jaqueline bolivar blanco
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	4	7	2019		T3A921V	BARANOA E.S.E. HOSPITAL	jaqueline bolivar blanco
COVID SINOVAC	Primera	26	5	2021	Sinovac	C202104055	BARANOA E.S.E. HOSPITAL	LINA CECILIA OTERO OTERO
COVID SINOVAC	Segunda	26	6	2021	Sinovac	202105013P	BARANOA E.S.E. HOSPITAL	JACQUELINE MARIA BOLIVAR BLANCO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	9	5	2024	Green Cross	V50524001	ESE CENTRO DE SALUD DE GALAPA	JEYNY MARGARETH PINEDA MARQUEZ

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Unidad de Salud Ocupacional	VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	Cód.:FT-MO-Vm-21 Versión : 5 Fecha: 01/12/2023 Página: 1

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Fecha Valoración Médica:2026-01-21
Fecha Cierre Concepto:2026-01-21
Nombre: MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS
Empresa: Particular
En Misión:SANIDAD NAVAL
Departamento del Exámen:VALLE DEL CAUCA
Sede del Exámen:BUENAVENTURA
Cedula de Ciudadanía:55231036
ARL:NO TIENE

Tipo de examen:EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL PRE-INGRESO
Edad: 41
CIIU:N/A

Ciudad del Exámen: Buenaventura

Cargo:NUTRICIONISTA
AFP: Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantía Protección S.A.

EPS:FUERZAS MILITARES



Para tomar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclínicos:

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO,

CONCEPTO MÉDICO LABORAL DE APTITUD:SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

REMISIÓN

NINGUNA
Observación: NINGUNA

RESTRICCIÓN

NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Hábitos de vida saludables,Ejercicio Regular, Uso de E.P.P según matriz de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado,Higiene postural,Reportar accidentes de trabajo oportunamente,Prevención de accidentalidad,Sin Restricciones para el cargo de acuerdo al perfil de riesgo de la empresa contratante

TRABAJOS ESPECIALES

Trabajo en alturas:NO APLICA
Trabajo en altitudes > 2500 mts:NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:NO APLICA
Trabajo con energía peligrosa:NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes:NO APLICA
Trabajo en altas temperaturas:NO APLICA
Trabajo con Izaje de Cargas:NO APLICA

Manipulación de alimentos:NO APLICA
Trabajo en ambientes hiperbáricos:NO APLICA
Trabajo como brigadista:NO APLICA
Conducción de vehículos:NO APLICA
Manipulación de sustancias químicas:NO APLICA
Trabajo en bajas temperaturas:NO APLICA
Manipulación de Productos para el Consumo Humano (Productos de : Limpieza, Cosméticos, Cuidado Personal): NO APLICA

Trabajo en caliente:NO APLICA

PVE VISUAL: ☐	**PVE AUDITIVO:** ☐	**PVE RESPIRATORIO:** ☐
PVE ERGONÓMICO: ☑	**PVE CARDIOVASCULAR:** ☐	**PVE PSICOSOCIAL:** ☑
PVE QUIMICO: ☐	**PVE RADIACIONES IONIZANTES:** ☐	**PVE BIOLOGICO:** ☐

OBSERVACIONES GENERALES

1) HABITOS DE VIDA SALUDABLE 2) USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL 3) PAUSAS ACTIVAS

COPIA CONFIDENCIAL

MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS
Cedula de Ciudadanía:55231036

LUIS CARLOS LUNA HERAZO
Cedula de Ciudadanía:94552034
Registro: 122068
Lic: 2376

USO CONFIDENCIAL

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14800259528

(415)7707212489984(8020) 000001480025952 8

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARTETA	NAVAS	MARCELA	MICHELLE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Baranoa 0 7 8

41. Dirección principal: CR 6 A 18 68

42. Correo electrónico: marcelartetanavas@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 7 4 2 5 9 7 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 8 0 7 1 9						2 2 2 9	

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

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

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 ARTETA NAVAS MARCELA MICHELLE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación
Bancaria

Jueves, 22 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARCELA MICHELLE ARTETA NAVAS identificado(a) con CC 55231036, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	91297260290	2026-01-22	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL FINANCIERA "SIIF II"
FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

I **INFORMACIÓN BÁSICA**

PERSONA JURÍDICA NACIONAL

Nombre Proveedor _____
NIT _____
Anexar COPIA RUT _____
CLASE DE SOCIEDAD _____
CLASE DE CAPITAL _____
NUMERO DE MATRICULA MERCANTIL _____

PERSONA NATURAL NACIONAL

No. cédula 55.231036
Anexar copia RUT
Nombres Marcela Michelle
Apellidos Arteta Navas.
Fecha de Expedición del documento de identificación 4-Feb-2003
Profesión Nutricionista Dietista
No. Matricula N/A

II **PARA UNIÓN TEMPORAL O CONSORCIO DILIGENCIAR ESTA INFORMACIÓN**

OBJETO DE LA UNIÓN DE LOS TERCEROS _____
ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU _____
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____
NUMERO DE DOCUMENTO _____
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE CADA UNO DE LOS SOCIOS Ó MAS 1) _____ 2) _____
RÉGIMEN TRIBUTARIO _____

II

I **UBICACIÓN (Para Persona Jurídica, Nacional, Unión Temporal o Consorcio)**

PAÍS Colombia
REGIÓN Valle del cauca
CIUDAD Buenaventura
DIRECCIÓN Bahia Malaga B. Sub. Casa #11
TELÉFONO 3007425978
FAX
E-MAIL marcelaarteta@yahoo.com
PAGINA WEB

I **INFORMACIÓN TRIBUTARIA (Para Persona Jurídica, Nacional, Unión**
V **Temporal o Consorcio)**

REPRESENTANTE LEGAL Cédula No. _____

Nombre _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU _____

TIPO DE RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA-BOGOTÁ	
IVA	
RENTA	

RÉGIMEN TRIBUTARIO

GRAN CONTRIBUYENTE	
NO CONTRIBUYENTE	X
RÉGIMEN COMÚN	
RÉGIMEN ORDINARIO	
RÉGIMEN SIMPLIFICADO	
RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL	

AUTORRETENEDOR SI [ ] NO [X]

V DATOS BANCARIOS

Denominación de la cuenta

corriente
de ahorros X Ahorros

Entidad Financiera X Bancolombia
Código X
Sucursal X Buenaventura
Código X
Ciudad X Buenaventura.
Dirección X
Teléfono X 9129726029O
Número de la cuenta
(adjuntar original de certificación bancaria con fecha de expedición no superior a 30 días calendario)

X _____

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

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 55231036 **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 20/01/2026 06:21 PM

Código Verificación: **TD2QNRGMUV**

Válida hasta: **20/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC