

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, JUDITH MILAGROS LÓPEZ PEÑA Identificado con Cédula No. 36695915 y Profesión AUXILIAR EN ENFERMERÍA AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE (HUJMB) en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Judith M López Peña

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	X	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	X	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)	X	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
12	Certificado de antecedentes ETICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).		
13	Convalidación de Título (Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)	X	
15	Tarjeta Profesional	X	
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)	X	
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	X	
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas del área de UCI y Hospitalización.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTION DEL DUELO (Personal asistencial del área de Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal)	X	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de Urgencias y Transporte Asistencial).	X	
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.	X	
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.695.915
LOPEZ PEÑA

APELLIDOS
JUDITH MILAGRO

NOMBRES

Judith Lopez Peña

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1980
PUEBLOVIEJO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 AB+
ESTATURA G.S. RH SEXO

03-FEB-1999 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2100100-00062943-F-0036695915-20080902 0002872415A 1 4470001824

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 36695915

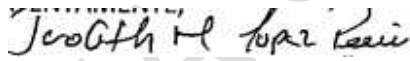
Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36695915	LOPEZ	PEÑA	JUDITH	MILAGRO	2022-03-07, 12:15 am

El (la) suscrito(a) **JUDITH MILAGROS LOPEZ SIERRA** identificado con C.C./C.E./PP. No. **36695915** expedida en **SANTA MARTA** autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día ___ del mes de diciembre de 2023.

Firma 
Nombre **JUDITH MILAGROS LOPEZ SIERRA**
Cédula **36695915**

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 22:07:06

JUDITH MILAGRO LO...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio

Menú

Administración de contratos

Ver contrato

1

Información general

2

Condiciones

3

Bienes y servicios

4

Documentos del Proveedor

5

Documentos del contrato

6

Información presupuestal

7

Ejecución del Contrato

8

Modificaciones del Contrato

9

Incumplimientos

Cancelar

Evaluar

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP

CO1.SLCNTR.11657062

Número del contrato

CD20234437

Versión del contrato

1

Objeto del contrato

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

Tipo de contrato

Prestación de servicios

Fecha de inicio del contrato

21 días de tiempo transcurrido (14/11/2023 7:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Fecha de terminación del contrato

26 días para terminar (31/12/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Duración del contrato

2 Meses

Tiempo adiciones en días

0 días

Proveedor(es) seleccionado(s)

Si

No

Estado del contrato

En ejecución

Liquidación

Si

No

Obligaciones Ambientales

Si

No

Obligaciones Pos Consumo

Si

No

Reversión

Si

No

Entidad Estatal

Compradores

Proveedores

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

COLOMBIA, Santa Marta

Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

Compradores

Proveedores

JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA

COLOMBIA, Santa Marta

Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por:

JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA

Fecha de aprobación:

14/11/2023 5:31:53 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por:

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA

Fecha de aprobación:

14/11/2023 6:34:52 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Contrato firmado:

CO1_PCCNTR_5508213_Firmado

Contrato en ejecución:

CO1_PCCNTR_5508213_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso

Contratación régimen especial

Unidad de contratación

Grupo de contratación SECOP II

Proceso de Contratación

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION

Título de la oferta

N/A

Cuantía del contrato

3.600.000,00 COP

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

>

© VORTAL 2019

Términos de uso

Normativa

Soporte Remoto

Ayuda

Español (Colombia)

018000-52-0808

www.colombiacompra.gov.co/soporte

Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Santa Marta, DICIEMBRE 2023

DOCTOR:

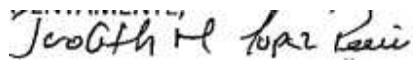
German Gaviria Vargas Mosquera
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Fernando Troconis

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, YO **JUDITH MILAGROS PEÑA LOPEZ**, identificado con la C.C. **36.695.915** de **SANTA MARTA**, le solicito a usted me permita ingresar como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, dentro del área asignada teniendo en cuenta mis capacidades, espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

CORREO: Judithlopezpena2@gmail.com
DIRECCIÓN: Calle 20 # 2b-102 Taganga
TELEFONO: 3017201627

ATENTAMENTE,

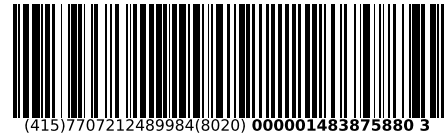


JUDITH MILAGROS PEÑA LÓPEZ
CC: **36.695.915** de SANTA MARTA

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

14838758803



(415)7707212489984(8020) 000001483875880 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 6 6 9 5 9 1 5 7

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

3 6 6 9 5 9 1 5

27. Fecha expedición

1 9 9 9 0 2 0 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

30. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

LOPEZ

32. Segundo apellido

PEÑA

33. Primer nombre

JUDITH

34. Otros nombres

MILAGRO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CL 20 2 B 102 BRR TAGANGA

42. Correo electrónico judithlopezpena2@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 7 2 0 1 6 2 7

45. Teléfono 2

3 0 0 3 8 0 8 8 6 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 1 0 3 0 9

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

57. Modo 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2023 - 09 - 08 / 15 : 57: 05

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

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

984. Nombre LOPEZ PEÑA JUDITH MILAGRO
985. Cargo CONTRIBUYENTE



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Lopez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Peña	NOMBRES Judith Milagro	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 36695915	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 01 MES 12 AÑO 1980 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA - CALLE 20 # 26-102 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO 3017201627 EMAIL judithlopezpena2@gmail.com		

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1996

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	07	2001	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO
VIRTUAL	CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRETIMIENTO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	GESTION DEL DUELO	02	2023
VIRTUAL	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA D ELA EPSRANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL BASICO	02	2023
VIRTUAL	ASOSACION DE EMERGENCIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	02	2022

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE															
EMPRESA O ENTIDAD CAPRECOM-UNIDAD MATERNO INFANTIL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO						
			Día	24	Mes	03	Año	2011	Día						
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD						DIRECCIÓN - AV LIBERTADOR						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	2

ACTA GENERAL DE GRADUACION No 028

SECCION DIURNA

EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 4 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 1996 SE REUNIERON EN LOS SALONES DE LA CONCENTRACION ESCOLAR TERMINAL MARITIMO SECCION BACHILLERATO DE SANTA MARTA, CON EL FIN DE FORMALIZAR EL GRADO DE LOS ALUMNOS DE ULTIMO GRADO, LOS SUCRITOS RECTOR Y SECRETARIA DEL PLANTEL, INSTITUCION APROBADA EL GRADO ONCE DEL NIVEL DE EDUCACION MEDIA Y AUTORIZADOS POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, PARA OTORGAR EL TITULO DE BACHILLER EN LA MODALIDAD ACADEMICA, SEGUN RESOLUCION No. 12074 DE AGOSTO 23 DE 1984

COMPROBADA LA SITUACION LEGAL Y ACADEMICA DE CADA UNO DE LOS ALUMNOS QUE CURSARON Y APROBARON LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA, SE PROCEDIO A OTORGAR EL:

TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

A LOS GRADUADOS CUYOS NOMBRE, APELLIDOS Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD SE RELACIONAN A CONTINUACION:

NUMERO	APELLIDOS	NOMBRES	IDENTIFICACION
28	LOPEZ PEÑA	JUDITH MILAGROS	T.I 86.021 SANTA MARTA

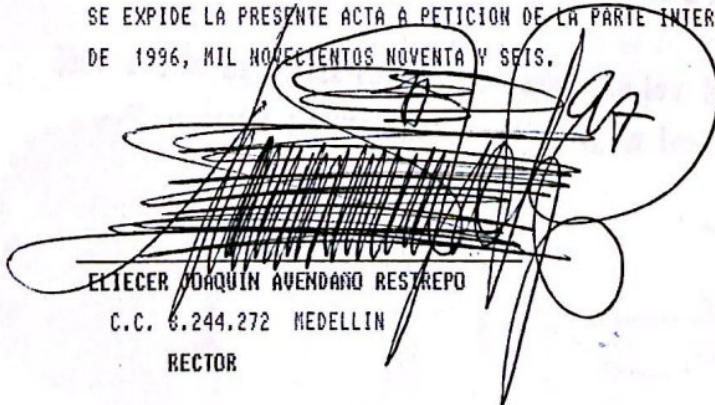
ES FIEL COPIA TOMADA DEL ACTA ORIGINAL No 028 DE DICIEMBRE 4 DE 1996, QUE CONSTA DE 45 ALUMNOS, INICIA CON EL NOMBRE DE ACUNA LOPEZ JOSE DE CRUZ Y SE CIERRA CON EL NOMBRE DE VIDAL PORTO XIMENA PATRICIA.

FIRMADA Y SELLADA POR : ELIECER JOAQUIN AVENDANO RESTREPO EL RECTOR Y EVA ROSA PEREZ ORTIZ SECRETARIA.

DADA EN SANTA MARTA A LOS 7 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 1984. EN CONSTANCIA SE FIRMA LA PRESENTE POR QUIENES INTERVINIERON, EN CUMPLIMIENTO DE LO ORDENADO EN EL ARTICULO 7o. DEL DECRETO 180 1981.

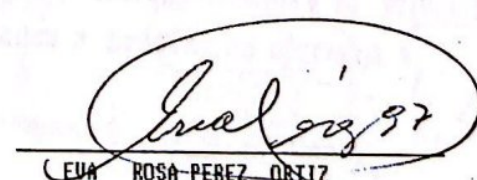
FIRMADO: ELIECER JOAQUIN AVENDANO RESTREPO Y EVA ROSA PEREZ ORTIZ.

SE EXPIDE LA PRESENTE ACTA A PETICION DE LA PARTE INTERESADA EN SANTA MARTA A LOS 4 DIAS DEL MES DICIEMBRE DE 1996, MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS.


ELIECER JOAQUIN AVENDANO RESTREPO

C.C. 6.244.272 MEDELLIN

RECTOR


EVA ROSA PEREZ ORTIZ

C.C 36.532.823 SANTA MARTA

SECRETARIA.



La República de Colombia y en su nombre

La Concentración Escolar Terminal Marítimo de Santa Marta

Santa Marta - Magdalena

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No
11789 - 12074 del 23 de Agosto de 1.984

Confiere a:

JUDITH MILAGROS LOPEZ PEÑA

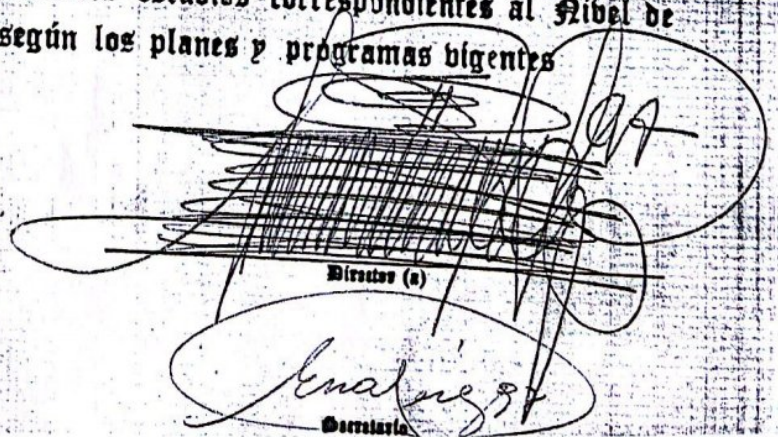
Identificado con C. C. No T. I. 80.021 de Santa Marta

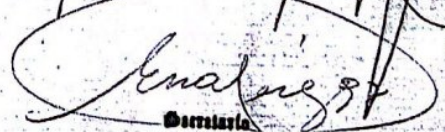
El Título de

Bachiller Académico

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




Director (a)


Secretario

República de Colombia



Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA
INSALUD

Aprobada por el Ministerio de Salud según acuerdo 040
Resolución 525 de Noviembre 4 de 1999 DECE

Teniendo en cuenta que:

JUDITH MILAGROS LOPEZ PEÑA

Certificado con C.C. No. 36.695.915 de Santa Marta (Magd)

Aprobó los estudios programados por el DECE y cumplió los requisitos exigidos por los reglamentos internos, le confiere el certificado de aptitud ocupacional en:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita
Dado en Santa Marta a los 21 días del mes de Julio de 2001

Eduy G. G. G.
Director (a) de la Corporación Educativa

Alfonso Milagro Góngora
Secretaría

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DASED
EDUCACIÓN NO FORMAL

ACTA DE CERTIFICACION No.02
CORPORACIÓN EDUCATIVA
INSALUD
SANTA MARTA

En la ciudad de SANTA MARTA (Mag.) a los 21 días del mes de Julio del 2001, se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos, el RECTOR y la SECRETARIA de la CORPORACIÓN EDUCATIVA INSALUD, institución aprobada por el Ministerio de Salud según acuerdo 040 y Resolución 525 de Noviembre 04 de 2000 DASED.

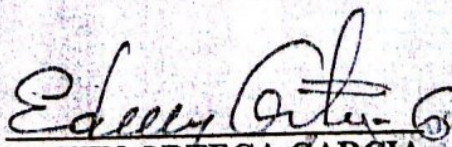
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios programados por INSALUD y cumpliendo con los requisitos exigidos por los reglamentos internos, le confiere la presente Certificación de Aptitud Ocupacional en **AUXILIAR DE ENFERMERIA** al alumno cuyo nombre, apellido y numero de identidad se relaciona a continuación:

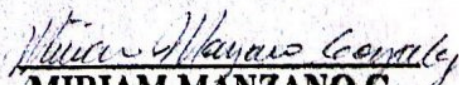
JUDITH MILAGROS LOPEZ PEÑA

C.C. No. 36.695.915 de Santa Marta

Es fiel copia del acta original No. 02 de fecha 21 de Julio del 2001, firmado y sellado por EDWIN ORTEGA GARCIA, Director y MIRIAM MANZANO GONZALEZ, Secretaria.

FIRMADO Y SELLADO


EDWIN ORTEGA GARCIA
Director


MIRIAM MANZANO G.
Secretaria



GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS



RESOLUCIÓN No. 47-1148

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No.
02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

CONSIDERANDO:

Que, **JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA** identificada con cédula de ciudadanía N°36.695.915, ha solicitado el registro de su TITULO de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó LA CORPORACIÓN EDUCATIVA INSALUD según Acta No. 02 de fecha 21 de Julio de 2.001.

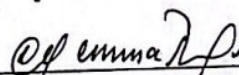
En merito de lo expuesto,

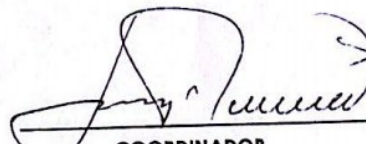
RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA** para ejercer la profesión de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 21 OCT 2003


SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA


COORDINADOR

Proyectado por MARYNELA FLOREZ.

PARA PROGRESAR EN SERIO

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36695915	JUDITH	MILAGRO	LOPEZ	PEÑA	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) JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA identificado(a) con CC 36695915 registra La siguiente información:

2023-12-04→12:30:38 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2003-10-21	1148	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA

C.C. 36.695.915

por haber asistido y aprobado el curso:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género.

Realizado en modalidad virtual, del 12 al 13 de Febrero de 2022.

con una intensidad académica de 40 horas.

El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019, y lo exigido en la Ley 1146 del 2007 y Res. 0459

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACCESS

Regina Ortega Gual
PSICÓLOGA

Alfredo Bolívar Tavera
MÉDICO PERITO



NIT. 901366232-1



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

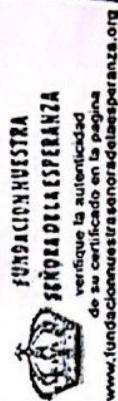
Certifica

JUDITH MILLAGROS LÓPEZ PEÑA

CC 36695915 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS) con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-02-08
Fecha de vencimiento: 2025-02-08



Ed Covalda

ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal.

(Signature)

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208

(Signature)

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



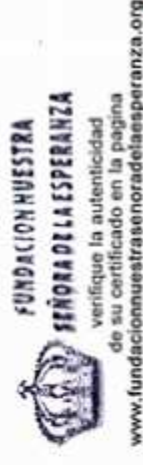
Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica **JUDITH MILAGROS LÓPEZ PEÑA**

CC 36695915 de Santa Marta - Magdalena

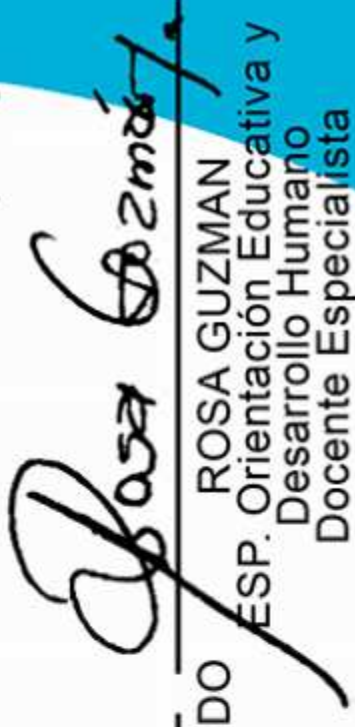
Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-05
Fecha de vencimiento: 2025-09-05




ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal.


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica **JUDITH MILAGROS LÓPEZ PEÑA**

CC 36695915 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto
1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2025-09-06
Fecha de vencimiento: 2025-09-06





ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 04/12/23 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Nombres y Apellidos: **Judith Milagro López Peña**
Cedula Ciudadanía: 36695915
Sexo: F
Edad: 43 Años
Cargo: Auxiliar de Enfermera
Teléfono Celular: 3017201627
Correo Electrónico: Judithlopezpena2@gmail.com

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

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

Examen Médico Ocupacional con énfasis en Osteomuscular : Normal
Valoración y Estimación visual y Auditiva en rango de normalidad.

Recomendaciones y/o restricciones:

- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- USO DE EPP
- CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA.
- CONTINUAR SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO TRATAMIENTO CON ESPECIALISTA DE SU EPS.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.

La Trabajadora ha declarado bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
R.M. 0556 S.S.M. - LIG. 11030
UNIVERSITARIO - UNIVOLUNTARIO

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



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163901-Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	Distrito: SANTA MARTA	Municipio	Distrito: SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 . Barrio: Libertador .
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: **DHSS0343086**

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección: AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Teléfono(s): 4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico: saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de Impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

El presente documento es copia de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 760 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno Minsalud_P6:140039196

Versión 2.0.

NIT: 900225369-3

Santa Marta, Calle 1 5 No 5-48 OF. 205

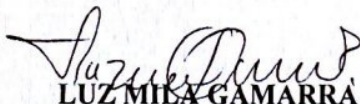
Tel: 4213308

E-Mail: coosanarcta@hotmail.cpm

CERTIFICACION

COOSANAR CTA CERTIFICA que la señora JUDITH LOPEZ PEÑA, identificada con Cédula de Ciudadanía No 36.695.915 de Santa Marta, laborò como auxiliar de enfermería en los diferentes centros de salud de la ciudad, desde el dia 02 de Enero hasta el 31 de Agosto del 2.009.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, a los Nueve (9) días del mes de Septiembre del 2.009.


LUZ MILA GAMARRA
Oficina personal Coosanar Cta.

SANTA MARTA, 24 DE MARZO DEL 2011

REFERENCIA PERSONAL. COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
E S M COOP. ASISTENCIA S.A.

CERTIFICAS

LA PRESENTE ES PARA DAR CONSTANCIA DE LA SEÑORA JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA, IDENTIFICADA CON LA CC36695915 DE SANTA MARTA, ES UNA PERSONA RESPONSABLE, TRABAJADORA, CON UNA CONDUCTA INTACHABLE, LA CUAL CUMPLE EXCELENTEMENTE EN EL DESEMPEÑO DE SUS ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y DOY FE DE CAPACIDAD LABORAL EN EL AREA DE LA SALUD. Y DEL BUEN MANEJO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES.

Este certificado se expide a solicitud del interesado el día jueves 10 de marzo del 2011


DR. OMAR HERNAN NOVA JAMES


KELLYS ORTIZ DEWDNEY
ENFERMERA JEFE
HOSPITALIZACION



COOPASISTENCIA CTA

ASISTIMOS PARA LA VIDA.

NIT: 804012156-9

Vigilada Superintendencia de Economía Solidaria

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

COOP ASISTENCIA CTA.

CERTIFICA::

Que **JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA** identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 36.695.915, quien fue trabajador (a) Asociado (a) según acuerdo cooperativo con **COOPASISTENCIA CTA.** desde el día 25 de marzo de 2011 hasta el 12 de Julio del 2011, aportó su trabajo asociado como, **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el proceso Asistencial de **HOSPITALIZACION SM** ofertado al **INSTITUTO DEL CORAZON** en el centro de costos de la ciudad de **SANTA MARTA.**

Este certificado se expide a solicitud del interesado el día jueves, 15 de septiembre de 2011

DR. OMAR HERNAN NOVA JAIMES

Gerente

CoopAsistencia cta.

Este certificado fue generado a través de medio magnético; para la verificación del contenido por favor comunicarse con la persona responsable de nómina al teléfono (7) 6821518 – Celular 318 285 3638

-
- | | |
|---|--|
| ● SEDE PRINCIPAL. CALLE 20 No. 27 – 22
Teléfono/Fax: 7 638 5666, FLORIDABLANCA – SANTANDER | ● AGENCIA IBAGUÉ. CALLE 13 AV. 19 VÍA CALAMBEO
Teléfono: 8 261 7200 EXT 0, 133, IBAGUÉ - TOLIMA |
| ● AGENCIA MANIZALES. CALLE 10 No. 2C-10 Teléfono:
318 735 1091, MANIZALES - CALDAS | ● OFICINA SANTA MARTA. CARRERA 4ª. No. 26 A – 71
Teléfono: 4329100 Ext. 5028, SANTA MARTA – MAGDALENA |

**"LA SUSCRITA COORDINADORA DE RELACIONES LABORALES DEL INSTITUTO DEL
CORAZON SANTA MARTA – FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA**

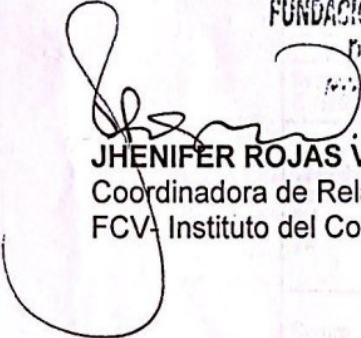
CERTIFICA:

La Señora **JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA** identificada con la cédula de ciudadanía número 36695915 expedida en Santa Marta, laboró en Nuestra Institución desde el día 13 de Julio de 2011 hasta el 28 de Febrero de 2018, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el servicio de Hospitalización.

La presente certificación se expide en la ciudad de Santa Marta a solicitud del interesado a los 05 días del mes de Marzo de 2018.

Atentamente,

**FUNDACION CARDIOVASCULAR
DE COLOMBIA**



JHENIFER ROJAS VILORIA
Coordinadora de Relaciones Laborales
FCV- Instituto del Corazón Santa Marta

NIT: 890212568-0

Instituto del Corazón Floridablanca: Calle 155ª No 23-58 Urbanización El Bosque-PBX: (7)639 9292-(7)639 6767-Floridablanca-Santander

Instituto del Corazón Santa Marta: Carrera 4ª No 26ª-71 - PBX: (5) 4329100- 431 6485 – Santa Marta

Sede FCV Bogotá: Carrera 14 No 98-73 Of. 503 – PBX: (1)636 4676 – (1)5220128 – Bogotá D.C.

Centro Tecnológico Empresarial: Carrera 5ª No 6-33 PBX: (7)6796470 – Floridablanca – Santander

www.fcv.org

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 36695915 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 03/12/2023 01:51 PM



Código Verificación: **PEZHU2A3CM**

Válida hasta: **02/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



318 6431677
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Apellidos:

Documento
de identidad:

Fecha de
Nacimiento:

CC X TI PASA PORTE No. 366959

Día 01 Mes 12 Año 1980

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Apellidos:

Documento
de identidad:

Fecha de
Nacimiento:

Judith Milagro

Lopez Peña

C.C. T.I. Pasaporte No. 36695915

Día 01 Mes 12 Año 1980

6-8-10.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1	6-7-10	02480020	[Firma]
	2	6-8-10		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	6-8-10		[Firma]
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Fi
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única	5-6-19	Sanofi P367310	[Firma]
Toxoide Tetánico Diférico (Td)	1			[Firma]
	2			
	3			
	4	9-7-19	221501514 B	
	5			
Contra Hepatitis B	1	9-7-19	03207021 EC	[Firma]
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	9-7-19	73A93	[Firma]
Otras				



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUDITH	MILAGRO	LOPEZ	PEÑA

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="36695915"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	<input type="text" value="ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>
Dirección	<input 14="" 23-42="" alcazares"]"="" carrera="" no.="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="CONTRATISTA"/>	

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$1.615.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$1.615.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☐ No ☒

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

SíNo

X

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

SíNo

X

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

SíNo

X

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



CE-006-0000000100-2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36.695.915
NOMBRES Y APELLIDOS	Peña López Judith Milagros
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de, Peña López Judith Milagros a los 03 días del mes de diciembre del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

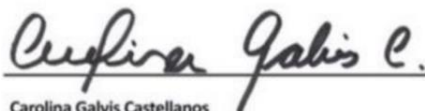
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JUDITH MILAGROS LOPEZ PEÑA identificado(a) con CC. No. 36.695.915, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 03 de diciembre del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantias

		FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL		CODIGO: FNC47 VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 18/12/2021	
Ciudad SANTA MARTA		Oficina HJMB			
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombres y Apellidos JUDITH MILAGRO LOPEZ PEÑA				Sexo ☐ M ☐ F ☒ X	
Tipo de Documento C.C. ☐ C.B. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐		Número 36695913		Expedida en SANT MARTA	
Estado Civil (Selección) ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☒ Viudo		Nivel educativo ☐ Primaria ☐ Bachiller ☒ Técnico ☐ Universidad		Fecha de Expedición 03/FEB/1999	
Tipo de Vivienda ☐ Propia ☒ Arrendada		No. Personas a cargo 2		Zona Ubicación ☐ Rural ☒ Urbana	
Fecha nacimiento 1 12 1990		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Municipio / Ciudad SANTA MARTA	
Dirección Domicilio CALLE 20#28102TAGANGA		Departamento MAGDALENA			
Correo Electrónico JUDITHLOPEZPENAZ@GMAIL.COM		No. Celular 3017201627		Teléfono 3017201627	
Ocupación (Selección) ☐ Estudiante ☐ Independiente ☒ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado		Actividad Principal CIU 8 6 9 2			
Detalle Actividad Económica ACTIVIDAD DE APOYO TERAPEUTICO		Descripción del CIU AUXILIAR DE ENFERMERIA			
1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD					
Nombres y Apellidos del Representante Legal		Tipo de Documento		Número	
C.C. ☐ P.P. ☐					
2. DATOS LABORALES					
Nombre de la Empresa o Negocio		Tipo de Empresa o Negocio ☒ Pública ☐ Privada ☐ Mixta		Otro, cual?	
Dirección de empresa o negocio CRA 14 N. 23-42		Ciudad SANTA MARTA		Barrio ALCAZARES	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		SI ☐ NO ☒			
3. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total Ingresos Mensuales 1500000		1500000			
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales			
Total Activos		Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes 07 Año 22		Es declarante?		SI ☐ NO ☒	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? NO					
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?					
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: DE MI INGRESO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA					
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES					
1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: y no acepto como propias, los depósitos que a mis(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de Información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercados, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de haberes data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. Declaro que: 3) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Haberes Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.					
5. FIRMA Y HUELLA					
Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior en constancia firmo (amos):					
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento					