



LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 66
FECHA DE ÚLTIMA
REVISIÓN: 7/09/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Nesio Fortes Pacheco identificado con Cédula No. 53431065 y Profesión Auxiliar de Enfermería AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (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: Nesio Fortes

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1 Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2 Cedula de Ciudadanía		
3 Registro Proveedores - Persona Natural - Disponible en: https://sijl.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4 Formato Consentimiento Informado - Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5 Capture de Pantalla - Usuario SECOP II (Pantallazo)		
6 Propuesta de Servicios (Mes Actual)		
7 Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8 Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
9 RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)		
10 Hoja de Vida - Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)		
11 Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
12 Certificado de antecedentes ÉTICO 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)		
15 Tarjeta Profesional		
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)		
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).		
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 GESTIÓN DEL DUELO (Personal asistencial del área de Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal)		
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).		
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)		
30 Soporte de experiencia laboral.		
31 Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.		
32 Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)		
33 Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS - Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdcl/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)		
34 Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE - Mes Actual)		
35 Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE - Mes Actual)		
36 Formato SARLAFT - Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.437.065**

MARTINEZ PACHECO

APELLIDOS
NUBIA ESTHER

NOMBRES

Nubia Esther P.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-DIC-1962**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

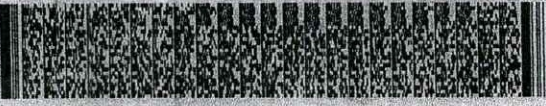
1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-JUN-1991 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2100100-00062642-F-0057437065-20080901 0002871430A 1 4470001079



Hospital
Universitario

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57437065**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57437065	MARTINEZ	PACHECO	NUBIA	ESTHER	2022-03-06, 1:20 am

El (la) suscrito(a) NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.437.065 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 02 del mes de diciembre de 2023

Firma

Nombre

Cédula



NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO

57.437.065

[Aumentar el contrato](#)

UTC -5 4:18:54



NUBIA ESTHER MART...

[Búsqueda](#)[Mis procesos](#)[Menú](#)[Ir a](#)[Buscar...](#)[Escritorio](#) → [Configuraciones de Perfil](#) → [Configuración usuario](#) → **Edición Datos de usuario**[Cancelar](#)[Guardar y volver](#)

Información del usuario

Género Mujer *
Cargo auxiliar de enfermería
Título Sra. *
Nombres NUBIA ESTHER *
Apellidos MARTINEZ PACHECO *
Fecha de Nacimiento 21/12/1962 *
Nombre y apellido NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía *
Número de documento 57437065 *
Dirección TIMAYUI MANZANA G CASA 15
Código postal
Estrato 1 *
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA *
Correo electrónico martineznubia537@gmail.com *
No se debe relacionar grupos de distribución en estos correos
Validación correo electrónico martineznubia537@gmail.com *
Teléfono 3137109411
Celular 3137109411 *
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin) *



Configuración

Usar configuración predeterminada ☐**Zona horaria** (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito ***Idioma** Español (Colombia) ***Configuración regional** Spanish (Colombia) *

Ejemplo configuración regional seleccionada

Formato de fecha y hora 5/06/2023 9:18 AM**Formato de número** 9999.999.999.999

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es su número de teléfono? ***Respuesta** 3145311558 ***SMS para recuperar la contraseña** 3145311558 *[Cancelar](#)[Guardar y volver](#)

Santa Marta, 02 de diciembre de 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDE BARRENECHE

Estimada entidad,

Yo **NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO** identificada con cedula de ciudadanía número **57.437.065** de Santa Marta, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

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

Atentamente,



NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO
CC. No. **57.437.065** de Santa Marta
Direcccion: -MZAGCASA15 BARRIOTIMAYUI
email: martineznubia537@gmail.com
Cel: 3137109411

2. Concepto **01** Inscripción

4. Número de formulario

14472734630



(419730723463984820) 000001447273463 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)
5 7 4 3 7 0 6 5 2

8. DV
2

12. Dirección seccional
Inspección Aduanera de Zona Franca

14. Buzón electrónico

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión líquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

5 7 4 3 7 0 6 5

27. Fecha expedición

1 9 9 1 0 6 1 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

MARTINEZ

32. Segundo apellido

PACHECO

33. Primer nombre

NUBIA

34. Otros nombres

ESTHER

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Dgtr

USUARIOS

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

MZ G CA 15 BRR TIMAYUI

42. Correo electrónico

martineznuvia537@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 1 4 5 3 1 1 5 5 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad secundaria

Otras actividades

Ocupación

52. Número establecimiento

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

51. Código

52. Número establecimiento

8 6 9 2

1 9 9 6 0 9 2 7

4 7

4 7

5 2

5 2

5 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20. Obtención NIT

DOCUMENTO

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

57. Modo

58. CPC

59. Fecha

60. Fecha

61. Fecha

62. Fecha

63. Fecha

64. Fecha

65. Fecha

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de folios

61. Fecha

62. Fecha

63. Fecha

64. Fecha

65. Fecha

66. Fecha

67. Fecha

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, cancelación y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de 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 1825 de 2015

Firma del solicitante:

68. Verificación de las modificaciones que la DIAN realice.

69. Verificación de las modificaciones que la DIAN realice.

69a. Nombre

GRANADOS VARGAS FRANCISCO JESUS

69b. Cargo

Gestor III



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Martínez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Pacheco		NOMBRES Nubia Esther	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 57437065			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 21 MES 12 AÑO 1962 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA - MZA G CASA 15 BARRIO TIMAYUI PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO 3137109411 EMAIL martineznubia537@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1981

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	4	X			12	1996	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	06	2022
PRESENCIAL	FUNDACION DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	SOPORTE VITAL BASICO	06	2022
PRESENCIAL	CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	VICTIMAS DE ATAQUES QUIMICOS	01	2021
PRESENCIAL	CONSULTORIO INTEGRAL DE SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	MANEJO DEL DOLOR	12	2020

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4314203			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
			Día	04	Mes	07	Año	2018	Día		Mes		Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
			Día	05	Mes	03	Año	2008	Día	28	Mes	02	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL A. ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 4 - 26 71					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4314203			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
			Día	05	Mes	01	Año	1998	Día	28	Mes	06	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA APOYO EN ENFERMERIA					DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 14 - 23 42 LOS ALCAZAREZ					

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	15	4

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Santa Marta. 02 de diciembre de 2023

Nuspa Hortalez P.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia
Departamento del Magdalena

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
Reconoce en el título para todos los efectos legales.
Santa Marta 6-IV-1998
Resolución No. 032

SERVICIO DE SALUD DEL MAGD
Control de Medicamentos y Toxicología

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena
y en su nombre

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

Certifica que:

Nubia Esther Martínez Pacheco

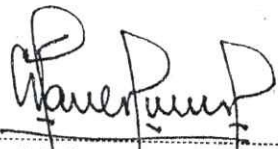
Titular de la C.C. 57.437.065 expedida en Santa Marta.

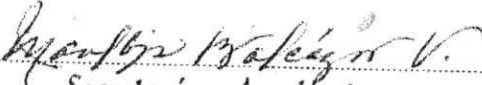
Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de Salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

Auxiliar de Enfermería

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992


Director de CESMAG


Director del Servicio Seccional de
Salud del Magdalena


Secretaría Académica



REPUBLICA DE COLOMBIA



DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 0732 DE 1998

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus atribuciones legales y especialmente, en las conferidas en los Decretos, y Leyes 056 de 1975, 121 de 1976 y la Resolución 08211 del 15 de junio de 1989 y,

CONSIDERANDO

Que NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO identificada con la Cédula de Ciudadanía No 57.437.065 expedida en Santa Marta ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO de Santa Marta, el 13 de septiembre de 1996.

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA en todo el territorio nacional

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los

06 ABR. 1998

Antonio Linero Manjarres
DIRECTOR
Sec. de Salud del Magd
ANTONIO LINERO MANJARRES
Director Servicio Seccional


JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Sección Control
Medicamentos Alimentos

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA

REGISTRO NO. 1048

NOBIA MARTINEZ PACHECO

NOMBRE 57.437.065

C. C. NO. Santa Marta

EXPEDIDA EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

TITULO

RES. NO. 0732-06-IV-1998

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS



[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)

Resultado General -2023-12-03--5:03:11 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57437065	NUBIA	ESTHER	MARTINEZ	PACHECO	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) NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO identificado(a) con CC 57437065 registra La siguiente información:

2023-12-03--5:03:11 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1998-04-06	732	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).



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1



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

Certifica

Nubia Esther Martínez Pacheco

c.c. 57437065 de Santa Marta - Magdalena

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

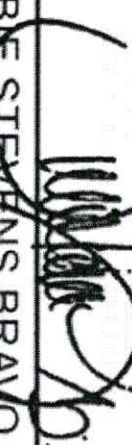
Fecha de emisión: 2022-06-18

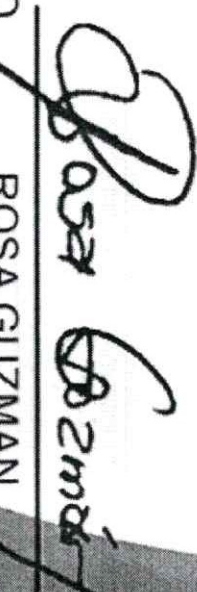
Fecha de vencimiento: 2024-06-18



verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestrañoradelasesperanza.org


ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal.


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1



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

Certifica

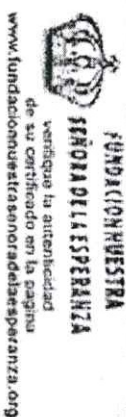
Nubia Esther Martínez Pacheco

c.c. 57437065 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-06-18

Fecha de vencimiento: 2024-06-18



verifique la autenticidad
de su certificado en la página

www.fundacionnuestraesnoradelasesperanza.org


ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal.


DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



NIT. 901544869-6



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

Certifica
Nubia Esther Martínez Pacheco
CC 57437065 de Bogotá D.C

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

Fecha de emisión: 2023-09-13
Fecha de vencimiento: 2025-09-13



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



NIT. 901544869-6



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

Certifica
Nubia Esther Martínez Pacheco
CC 57437065 de Bogotá D.C

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

Fecha de emisión: 2023-09-11
Fecha de vencimiento: 2025-09-11



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



**Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso**

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 10/Dic/2021, **Hora:** 07:55:36 a.m.

Apellido: Martinez Pacheco

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: Auciliar Enfermeria

Direccion: Mzg Casa 15 Timayui

Telefono: Celular: 3145311558 **Email:** Estado Civil: Soltero

Ciudad: :: No Aplica ::

Peso: 66 Kg **Estatura:** 158 Cm **IMC:** 26.4 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir

EPS: Sanitas **ARL:** Colmena **AFP:** Colpensiones

Nombre: Nubia Esther

Nro Identidad: 57437065

HC: # 68147

Edad: 58 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 21/Dic/1962

Rh: O+

Exámenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Medico Especialista en
Medicina del Trabajo
y Salud Ocupacional
Nro de Reg. 1725

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



Nubia Martinez

Nubia Esther Martinez Pacheco
CC 57437065

H
D



Centro Médico Popular y Policlinica **MI DROGUERIA** Ecografía - Consultorios

SERVICIO DE DROGUERIA EN GENERAL
Medicina General Ecografía
Medicina Especializada EKG
Laboratorio Clínico General Citología
RX Fisioterapia
Odontología

CERTIFICACION:

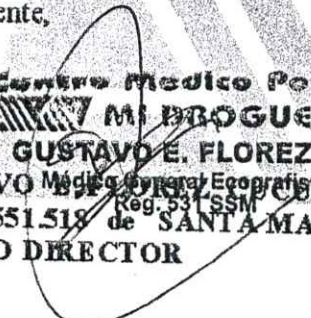
Que la señorita NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO . identificado con la cédula de ciudadanía No. 57.439.060 de Santa Marta, se desempeño en el cargo de AUXILIAR DE EFERMERIA

Del día 6 OCTUBRE/04 hasta 5 OCTUBRE /07.

Desempeñándose en forma correcta, honrada y cumplidora de sus deberes.

La anterior constancia se firma en Santa Marta a los 13 días del mes de NOVIEMBRE del 2007.

Atentamente,


Centro Médico Popular
MI DROGUERIA
GUSTAVO E. FLOREZ C.
Medico General Ecografista
Reg. 531 SSM
C.C.12.551.518 de SANTA MARTA
MEDICO DIRECTOR



Centro Médico Popular y Policlinica
MI DROGUERIA
Ecografía - Consultorios

SERVICIO DE DROGUERIA EN GENERAL
Medicina General Ecografía
Medicina Especializada EKG
Laboratorio Clínico General Citología
RX Fisioterapia
Odontología

Santa Marta mayo 5/06

CERTIFICACIÓN LABORAL

Hago constar que la señora NUBIA MARTINEZ PACHECO, identificada con c.c. 54.437.065 de Santa Marta ocupa en el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA el cual desempeña desde enero 1 /05 devengando un sueldo de \$ 700.000. mensual.

La anterior constancia se expide el día 21 Octubre /06 a petición del interesado.

Atentamente

Centro Médico Popular
MI DROGUERIA

GUSTAVO E. FLORE C.
Médico General Ecografista
Reg. 531 SSM

Dr. Gustavo E. Flórez C.
administrador

<p>Institución Prestadora de Servicios de Salud</p> 	<p>CENTRO MEDICO "FUNDAINFA" (Una Función de Salud Integral para el Niño y la Familia) Cra. 16 # 34-22 TEL. 4-231464 Santa Marta D.T. – Colombia NIT.: 84.455.079-1</p>	<p>CART A</p>
---	---	---------------

Santa Marta, 6 de Marzo del 2008

REF.: RECOMENDACIÓN PERSONAL

Hago constancia que NUBIA MARTINEZ PACHECO, identificada con la cedula de ciudadanía No. 57'437.065 expedida.: Santa Marta, a quien conozco de vista y trato personal desde hace 15 años, quien tiene buena costumbres morales y de honestidad.

Atentamente,



DR. HECTOR NUÑEZ OCAÑA
DIRECTOR



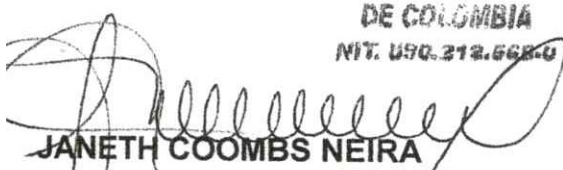
"LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA – FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

CERTIFICA:

La Señora **NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO** identificada con la cédula de ciudadanía número 57437065 expedida en Santa Marta, labora en Nuestra Institución desde el día 13 de Julio de 2011, desempeñado el cargo de **AUXILIAR DE ESTERILIZACION** en el servicio de Esterilización.

La presente certificación se expide en la ciudad de Santa Marta a solicitud del trabajador a los 02 días del mes de Marzo de 2018.

Atentamente, **FUNDACION CARDIOVASCULAR
DE COLOMBIA**
NIT. 090.213.668-0


JANETH COOMBS NEIRA
Subgerente Administrativa y Financiera
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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL CENTRAL "JULIO MENDEZ BARRENECHE"

SANTA MARTA

LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

C E R T I F I C A :

Mediante la presente me permito recomendar a las siguientes Auxiliares de Enfermeria, las cuales pueden realizar VACACIONES, INCAPACIDADES, Y LICENCIAS.

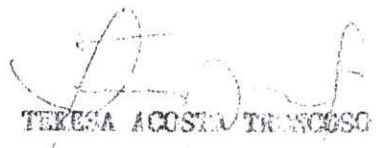
CLAUDIA PALOMINO, se desempeña en los siguientes servicios. C. EXTERNA, CENTRAL de ESTERILIZACION, GINECO-OBSTETRICIA, TOCOFANO, NEONATOS, CIRUGIA, QUIRURGICA U.C.I. PEDIATRIA .URGENCIAS

TERESA PANIAGUA: se desempeña en los siguientes servicios: PEDIATRIA, QUIRURGICA UCI, GINECO-OBSTETRICIA, TOCOFANO, NEONATOS, C. EXTERNA, M. INTERNA URGENCIAS

NANCY MACHADO: Se desempeña en: URGENCIAS, M. INTERNA Y GINECO-OBSTETRICIA

NUBIA MARTINEZ: Se desempeña en el Servicio de Urgencias.

Cordialmente,



TERESA ACOSTA TRANCOSO

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL CENTRAL
"JULIO MENDEZ BARRENECHE"**

LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CERTIFICA:

Que la señora **NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO** identificado con CC # 57437065 expedida en Santa Marta realizó INDUCCION, TURNOS y VACACIONES en esta Institución como Auxiliar de Enfermería a partir del 5 de enero hasta 23 de junio de 1998.

Esta Certificación se expide en Santa Marta, D.T. H.C. a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Noviembre de 1998.



TERESA ACOSTA TRONCOSO
Enfermera Coordinadora Dpto de Enfermería

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 57437065 **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 04/12/2023 08:18 PM



Código Verificación: **AX1TPWB4H5**

Válida hasta: **04/03/2024**

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 o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.



GOBIERNO DE COLOMBIA



MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Nubia Esther

Apellidos:

Martinez Pacheco

Documento de identidad:

C.C. ☒ T.I.

Pasaporte

No.

57437065

Fecha de Nacimiento:

Día. *21*

Mes. *12*

Año. *1962*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	Única	<i>6/7/19</i>	<i>0128M411</i>	<i>rfauter</i>
Rubéola	Única	<i>12/7/19</i>	<i>P3673</i>	<i>Luz S.</i>
Fiebre amarilla	1	<i>6/7/19</i>	<i>221502517B</i>	<i>rfauter</i>
Toxoide Tetánico	2			
Diftérico	3			
(Td)	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	<i>Agst 2405 Et - 879 - x</i>	<i>Luz S.</i>	
	2	<i>6/5/19 03207028CE</i>	<i>Luz S.</i>	
	3	<i>12/7/19 03207028CE</i>	<i>Luz S.</i>	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	<i>6/7/19</i>	<i>T3A93</i>	<i>rfauter</i>
Otras				

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.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Nelson Esther

Apellidos:

Martinez Pacheco

Documento
de identidad:

C.C. T.I. Pasaporte No. 57437068

Fecha de
nacimiento:

Día 21 Mes 12 Año 1962

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelar	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	<i>17-03-2008</i>	<i>450</i>	<i>Gucan3</i>
Otras				

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NUBIA	ESTHER	MARTINEZ	PACHECO

Documento de identificación
Tipo Número Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio Dirección Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$1.800.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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: Sí ☐ No ☒

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí ☐ No ☒

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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:

--

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **57437065** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado: **Activo**

IPS de atención: **FUNDACION PROMAGDALENA**

Categoría: **A**

Fecha afiliación: **09/07/2021**

Régimen: **Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 02 de diciembre del 2023. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NUBIA ESTHER MARTINEZ PACHECO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57437065**, se encuentra afiliado/a desde **01/04/2000** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIMA REMISION 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos NUBIA ESTER MARTINEZ PACHECO										Sexo		
										M	F	X
Tipo de Documento				Número			Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP		57437065	SANTA MARTA	13/06/1991
Estado Civil (Seleccione)				Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia
X							X		1	x		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio			Municipio / Ciudad		Departamento	
21	12	1992	SANTA MARTA			MANZ G CASA 15 BARRIO TIMAYUI			SANTA MARTA		MAGDALENA	
Correo Electrónico										No. Celular		Telefono
martineznubia537@gmail.com										3137109411		
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU		
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado		8	6	9
Detalle Actividad Económica : AUXILIAR EN ENFERMERIA										Descripción del CIU : APOYO DE ACTIVIDAD TERAPEUTICO		

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio		Tipo de Empresa o Negocio				Cargo			
		Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR EN ENFERMERIA
Direccion de empresa o negocio				Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
hospital universitario julio mendez barreneche				santa marta		alcatares		4366262	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI	NO
									x

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		1.800.000		Total Egresos mensuales		1.800.000	
Otros Ingresos Mensuales		0		Otros Egresos Mensuales		0	
Total Activos				Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministra Mes 12 Año 2022				Es declarante?			
				SI NO x			

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

SOY SERVIDOR PUBLICO,PERO NO MANEJO RECURSOS PUBLICOS

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO SOY PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA

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

MI SUELDO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

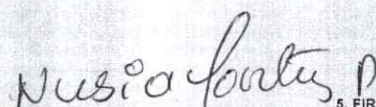
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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 mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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

	
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):