| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche | LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL | CODIGO: GJC12F<br>VERSION: 04<br>FECHA DE ULTIMA REVISION:9/12/2022<br>PAGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, CEUDITH CANES OLIVEROS, identificado con Cédula No. 36723903 y Profesión _____ 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: CEUDITH CANES

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | ✓ | |
| 3 | Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión) | ✓ | |
| 4 | Registro Proveedores - Persona Natural (REGISTRARSE EN https://sijl.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php | ✓ | |
| 5 | Propuesta de Servicios | ✓ | |
| 6 | Certificado antecedentes Procuraduría (fecha vigente — no superior a 30 días) | ✓ | |
| 7 | Certificado antecedentes Contraloría (fecha vigente — no superior a 30 días) | ✓ | |
| 8 | Certificado antecedentes Policía Nacional (fecha vigente — no superior a 30 días) | ✓ | |
| 9 | Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (fecha vigente — no superior a 30 días) | ✓ | |
| 10 | Libreta Militar (Hombres menores de 50 años) | | ✓ |
| 11 | Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA) | | ✓ |
| 12 | RUT - Registro Único Tributario | ✓ | |
| 13 | Hoja de Vida — Función publica | ✓ | |
| 14 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados) | ✓ | |
| 15 | Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – MES actual). | | ✓ |
| 16 | Convalidación de Titulo (Médicos y Médicos Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. | | ✓ |
| 17 | Resolución departamental para ejercer profesión - (personal asistencial) | ✓ | |
| 18 | Tarjeta Profesional | | ✓ |
| 19 | RETHUS (Personal Asistencial en general) | ✓ | |
| 20 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas) | | ✓ |
| 21 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial). | ✓ | |
| 22 | Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | ✓ | |
| 23 | Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | | ✓ |
| 24 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | ✓ | |
| 25 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | | ✓ |
| 26 | Certificado de Curso en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | ✓ | |
| 27 | 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*. | | ✓ |
| 28 | 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*) | | ✓ |
| 29 | 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*. | | ✓ |
| 30 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de *Urgencias y Transporte Asistencial*). | | ✓ |
| 31 | Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia). (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | | ✓ |
| 32 | 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) | ✓ | |
| 33 | Soporte de experiencia laboral. | ✓ | |
| 34 | Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial) | ✓ | |
| 35 | Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS — Diligenciar en la página web (https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth) | ✓ | |
| 36 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días) | ✓ | |
| 37 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días) | ✓ | |
| 38 | Certificado ARL (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días) | ✓ | |
| 39 | Certificado SARLAF – PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx | ✓ | |

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de: _____

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **36.723.903**

**LLANES OLIVEROS**

APELLIDOS

**CEUDITH CENITH**

NOMBRES

CEUDITH LLANES OLIVEROS

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIM..NTO **26-SEP-1981**

**SANTA MARTA**
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

**08-OCT-1999 SANTA MARTA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2100100-01203129-F-0036723903-20210119 0073142959A 1 9914344735

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36723903**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 36723903 | LLANES | OLIVEROS | CEUDITH | CENITH | 2022-12-11, 1:22 pm |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

Powered by CamScanner

Santa Marta, 13 de Diciembre del 2022

Doctor

**JOSE DOMINGUEZ AYALA**

Gerente (D) E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

E. S. D.

Respetuoso Saludo

Muy comedidamente le presento a usted mi propuesta de trabajo como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en la cual me he desempeñado, cumpliendo a cabalidad con todas las funciones que me sean asignadas.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco una pronta y positiva respuesta.

Atentamente

CEUDITH Llanes.

**CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS**

CC 36.723.903 de Santa Marta

Powered by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 211199842

WEB
12:50:54


Bogotá DC, 11 de diciembre del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 36723903:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 1 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**



Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 11 de diciembre de 2022, a las 12:52:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 36723903 |
| Código de Verificación | 367239032211211125222 |

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

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

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 12:53:40 PM horas del 11/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **36723903**

Apellidos y Nombres: **LLANES OLIVEROS CEUDITH CENITH**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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



Powered by CamScanner

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/12/2022 12:58:58 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **36723903 .**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **48285169** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir



Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14396032448

(415)7707212489984(8020) 000001439603244 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 3 6 7 2 3 9 0 3 | 5 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta | 19 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | | 25. Tipo de documento | | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida | 2 | Cédula de Ciudadanía | 13 | 36723903 | 1999,10,08 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | | 30. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Magdalena | 47 | Santa Marta | 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LLANES | OLIVEROS | CEUDITH | CENITH |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | | 39. Departamento | | 40. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Magdalena | 47 | Santa Marta | 001 |

41. Dirección principal: MZ 27 CASA 2 LIBANO 2000

42. Correo electrónico: ceudithllanes@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3153351599 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7500 | 20050601 | | | | | | 2225 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

### Obligados aduaneros

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

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 07- 19

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 LLANES OLIVEROS CEUDITH CENITH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 19-07-2022 02:18:46PM

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA: HUJMb

## 1 - DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| LLANES | OLIVEROS | CEUDITH CENITH |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 36723903 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA: DÍA 26 MES 09 AÑO 1981

PAÍS: Colombia

DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

Mz 27 casa 2 barrio Libano 2000

PAÍS: Colombia DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

TELÉFONO: 3153351599 EMAIL: ceuditHllanes@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: Tecnica comercial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. X | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 X | MES 11 AÑO 1998 |

**EDUCACION 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | X | | TECNICO EN AUXILAR DE ENFERMERIA | 08 | 2001 | A7-0734 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 - EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Clinica prado | | X | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Magdalena | Santa Marta | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3107280497 | DÍA 14 MES 12 AÑO 2018 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de enfermeria | UCI neonatal | Kra 5# 25-46 Barrio el prado |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Fundacion cardiovascular | | X | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Magdalena | Santa Marta | www.fcv.org |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6396767 | DÍA 23 MES 07 AÑO 2016 | DÍA 24 MES 07 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de enfermeria | UCI neonatal | Kra 4 # 26A-71 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| clinica la milagrosa | | X | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Magdalena | Santa Marta | cmilagrosa@clinicamilagrosa.com.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| A316420 | DÍA 27 MES 10 AÑO 2007 | DÍA 16 MES 08 AÑO 2015 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar De enfermeria | UCI neonatal | calle 22#13A 09 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 15 años | 2 meses |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 15 años | |

## 5 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 13 de Diciembre del 2022

CELMH CLANES

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 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*



Powered by CamScanner

# Acta de Grado

# COLEGIO PANAMERICANO

## Santa Marta

En la ciudad de SANTA MARTA a los 30 dias del mes de NOVIEMBRE del año de 1998 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO PANAMERICANO modalidad TECNICA COMERCIAL institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media VOCACIONL y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad TECNICA COMERCIAL, según Resolucion(es) Número(os) 446 DE NOVIEMBRE 19 de 1997 DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL MAGDALENA.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media VOCACIONAL, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER TECNICO COMERCIAL al graduando cuyo número de orden, nombre apellidos y número del documento de identificación se relacionaron a continuación:

No. NOMBRE

13 CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD T. 810926-02338 SANTA MARTA

Es fiel copia tomada del Acta original No. 007 de fecha NOVIEMBRE 30 de 1998 que consta de 28 alumnos graduados, comienza con el nombre de DUBERLYS NAZARETH ABELLA VEGA.- y se cierra con el nombre de, GINA PAOLA URUETA CAMARGO firmado y sellado por CAMILO RAFAEL OROZCO BARRENECHE (Rector) y NICOLASA BEATRIZ CAMARGO POLO (Secretario).

Dado en SANTA MARTA a los 9 dias del mes de DICIEMBRE de 1998

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el articulo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Firmado y Sellado

El Rector o Director (a)
C. C. No. 12.533.371 Sta Mta

El Secretario(a)
C. C. No. 36.545.540 Sta Mta

Powered by CamScanner

**CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA**
**(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**
Calle 23 No. 12-90 Santa Marta
Teléfono No. 4215776 FAX No. 4234520
NIT: No. 981-780-117-1

# ACTA DE CERTIFICACION **No. 109**

En la ciudad de Santa Marta, a los 17 días del mes de agosto del año 2.001 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los Alumnos del Curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** las suscritas Directora y Secretaria Académica de el CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO", para otorgar el Certificádo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** según Resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** al alumno cuyo nombre apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación, **CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS,** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **36.723.903** expedida en Santa Marta, Mag.

Es fiel copia de su original, fechada en agosto 17 del año 2.001 y consta de **43** Alumnos, se inicia con el nombre y apellidos de **ARIZA VARELA MADELFIS DEL PILAR** y termina con el nombre y apellidos de **VILLANUEVA ROMERO YURANIS ESTHER.**

Firmado y sellado por la Dra. **CARMEN ROSA SAADE DIAZGRANADOS,** Directora y **MERCEDES OLANO RODRIGUEZ,** Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta, a los 17 días del mes de Agosto de 2.001.

Carmen Rosa Saade
**CARMEN ROSA SAADE DIAZ GRANADOS**
Directora

Mercedes Olano
**MERCEDES OLANO RODRIGUEZ**
Secretaria Académica

Powered by CamScanner

*REPUBLICA DE COLOMBIA*
*GOBERNACION DEL MAGDALENA*
*SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD*
*DESARROLLO DE SERVICIOS*

**RESOLUCION No 47-** 0734

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una Institución de Educación No Formal, en el área de la salud"

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de1994, emanados del Ministerio de Salud, y

**CONSIDERANDO**

1.- Que corresponde a las Direcciones Secciónales de Salud, en su área de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación no formal, para su debido ejercicio.

2. Que **CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS** con cédula de ciudadanía No 36.723.903 de Santa Marta - Magdalena ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO según acta de certificación No 109 de agosto 17 de 2001.

**RESUELVE**

**ARTICULO PRIMERO:** Registrar el certificado como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado a **CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS** con cédula de ciudadanía No 36.723.903 de Santa Marta - Magdalena por EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO

**PARAGRAFO:** Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional

**ARTICULO SEGUNDO:** Notificar personalmente a **Ceudith Cenith Llanes Oliveros** el contenido de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

**NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE** 29 NOV 2001

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.001

**MARIO VELASQUEZ LINERO**
Secretario de Desarrollo de la Salud

**PIEDAD DE LA HOZ OROZCO**
Profesional Universitario

Powered by CamScanner

SICPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Tecn...

**Atención telefónica a través del Centro de Contacto:**
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
**Horario de atención:**
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

Cambiar

5189

Verificar Registro en ReTHUS  Limpiar

**Resultado General -2022-12-11→1:15:46 PM**

| Tipo Identificacion | Nro. Identificacion | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 36723903 | CEUDITH | CENITH | LLANES | OLIVEROS | 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) CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS identificado(a) con CC 36723903 registra La siguiente información:**

**2022-12-11→1:15:46 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Titulo | Profesión u Ocupación | Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 2001-11-29 | 734 | 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).**



Powered by CamScanner

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*

# *Ceudith Cenith Llanes Oliveros*

## *c.c. 36723903 de Santa Marta*

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

Fecha de emisión: 2022-04-26
Fecha de vencimiento: 2024-04-26

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

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*

# *Ceudith Cenith Llanes Oliveros*

## *c.c. 36723903 de Santa Marta*

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

Fecha de emisión: 2022-06-05
Fecha de vencimiento: 2024-06-05

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

REGIONAL MAGDALENA

# EL CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

# CERTIFICA

Que CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 36.723.903 de Santa Marta, realizó y aprobó el programa de PROFUNDIZACIÓN TÉCNICA EN ATENCION DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO. con las siguientes evaluaciones e intensidad horaria:

| | EVAL | I.H. |
|---|---|---|
| **Itinerario** | | |
| ATENDER INTEGRALMENTE A LA PERSONA EN ESTADO CRITICO DE SALUD SEGÚN SITUACION INDIVIDUAL Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES. | 4.5 A | 440 |

Se expide en Santa Marta, a los siete (7) días del mes de junio de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA

Subdirector CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA



La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9529001094998CC36723903N.

Powered by CamScanner

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*

# *Ceudith Cenith Llanes Oliveros*

## *c.c. 36723903 de Santa Marta*

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

Fecha de emisión: 2022-06-07
Fecha de vencimiento: 2024-06-07

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

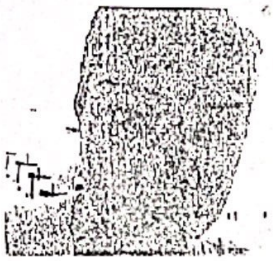
ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

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



**Fecha:** 06/Jun/2022, **Hora:** 11:51:05 a.m.
**Apellido:** Llanes Oliveros **Nombre:** Ceudith Cenith
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 36723903
**Empresa:** Particular
**Cargo:** No Aplica
**Direccion:** Calle 14 # 10-90 Gaira
**Telefono:** **Celular:** 3175816782 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Peso:** 64 Kg **Estatura:** 160 Cm **IMC:** 25.0 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
**EPS:** Sanitas **ARL:** Colmena **AFP:** Porvenir

**HC:** # 71337
**Edad:** 40 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 26/Sep/1981
**Rh:** A+

### Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

### Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

### Recomendaciones

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

### Observaciones

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

Ceudith Cenith Llanes Oliveros
CC 36723903

Calle 21 N° 14-33 Barrio Alcázares Email: aisomltda@hotmail.com Tel: 4354299 – 4361998 - 3217551(

Powered by CamScanner

CLÍNICA PRADO
Servicio Humanizado por Vocación

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO DE SOCIEDAD MEDICA DE SANTA MARTA S.A.S**
**Nit 891701664-1**

**CERTIFICA**

Que la señora CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS, identificada con cédula de ciudadanía N° 36723903, tiene un contrato de trabajo con la empresa, desde el 14 de Diciembre de 2018, desempeñando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA y un salario básico de $ 1.000.000 (UN MILLON DE PESOS CON 0/100).

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de SANTA MARTA el día 03 de Noviembre de 2022.

**Atentamente,**

**TATIANA TRUJILLO CUADRO**
**COORDINADORA DE TALENTO HUMANO**

**CARRERA 5 N° 25-46 BARRIO EL PRADO CEL 3107280497**
**E-mail: Nominaelprado@gmail.com**
**SANTA MARTA - MAGDALENA**

Powered by CamScanner

**LA DIRECTORA DE RELACIONES LABORALES**
**DE LA FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA**

**CERTIFICA:**

Que la Señora **CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS,** identificada con cedula de ciudadanía número **36.723.903** expedida en Santa Marta, laboró en nuestra institución desde el día 23 de Julio del 2015 hasta el día 24 de Julio del 2018 con un contrato de trabajo a termino fijo.

La Señora **CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS** se desempeñó en el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA en el área de Unidad Neonatal y Pediátrica de la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Se expide a solicitud de la interesada, en el municipio de Floridablanca(Santander) a los veinticinco (25) días del mes de Julio de 2018.

Atentamente,

FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
RELACIONES LABORALES

**ALICIA PABON SALAZAR**
Directora de Relaciones Laborales



Powered by CamScanner

**Clínica La Milagrosa S.A.**
Puertas Abiertas Para Su Salud
Nit. 800.067.515-1

ISO 9001
Icontec Internacional
Certificado SC-CER167284

Santa Marta, 29 de Agosto de 2016

## LA JEFE DE GESTION HUMANA

## HACE CONSTAR:

Que la señora, **CEUDITH LLANES OLIVEROS**, identificada con cédula de ciudadanía No. 36.723.903, laboro en esta institución como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** con un contrato a término fijo inferior a un año en los periodos y cargos comprendidos así:

| | |
|---|---|
| Del 11-01-11 al 11-01-12 | Auxiliar de Enfermería |
| Del 01-02-12 al 24-02-13 | Auxiliar de Enfermería |
| Del 03-04-13 al 13-04-14 | Auxiliar de Enfermería |
| Del 02-05-14 al 16-08-15 | Auxiliar de Enfermería |

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

**KETTY ELIET OLIVERA GUZMAN**
Jefe de Gestion Humana
gestionhumana@clinicalamilagrosa.com.co



Powered by CamScanner

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

Conservelo

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*

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Libertad y Orden

## Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | [illegible] |
| Apellidos | [illegible] |
| Documento de Identidad: | CC/TI/CEDULA EXTRANJERIA No. [illegible] |
| Fecha de Nacimiento: | Día 26 Mes 09 Año 1981 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 14/10/07/12 | LGUS-OVA12023 | |
| | 2 | 30/10/09/12 | LGUS-OVA12023 | |
| | 3 | 30/10/10/13 | LGUS-OVA12023 | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

El servicio público es de todos | Función Pública

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

| Tipo de declaración | OTRO | Fecha de publicación | 2022-06-06 11:38 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| CEUDITH | CENITH | LLANES | OLIVEROS |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 36723903 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | Colombia | Departamento | Magdalena | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | Colombia | Departamento | Magdalena | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

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

Lugar de sede

| País | Colombia | Departamento | | Municipio | |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Dirección | |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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



Powered by CamScanner

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $1.500.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $1.100.000,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $450.000,00 |
| Honorarios | $8,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $3.050.008,00 |

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 | $18.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| NINGUNO | Colombia | Magdalena | SANTA MARTA | $0,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| PLAN DE DATOS | $78.000,00 |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Powered by CamScanner

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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



Powered by CamScanner

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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



Powered by CamScanner

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |



Powered by CamScanner

EPS Sanitas

CERTIFICA:

Que la señora CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS identificado con **la cedula de ciudadanía no°36723903** se encuentra afiliado al sistema general de seguridad social en salud a través de eps sanitas, desde el **03/11/2006** actualmente su estado en nuestra entidad es **activo** en calidad de **COTIZANTE.**

La presente solicitud se expide a los **DOCE (12)** días del mes de **DICIEMBRE** de 2022 y es fiel copia de lo registrado en el sistema de información de la EPS.

Cordialmente,

a

**LILIETH VÁSQUEZ BRAVO**
Jefe de oficina Santa Marta EPS
Sanitas S.A.

Calle 10 # 16 – 67 | Teléfono (+57) 6 4 6 6060

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.723.903,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POSITIVA**
**COMPAÑIA DE SEGUROS S.A**
**NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora CEUDITH CENITH LLANES OLIVEROS, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 36723903, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/08/2022 y fecha fin de contrato 31/12/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201022178859.

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de Diciembre de 2022.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



Powered by CamScanner

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

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| Santa Marta | | 07-07-22 |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Cecilth cenith Llanes oliveros

Sexo: M | F | X

| Tipo de Documento | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 36723903 | Santa Marta | 08-10-1999 |

| Estado Civil (Seleccione) | | | | | Nivel educativo | | | | No. Personas a cargo | Tipo de Vivienda | | | Zona Ubicación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo | Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad | | Propia | Arrendada | Familia | Rural | Urbano |
| X | | | | | | | X | | 1 | | | X | | |

| Fecha nacimiento | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| 26/09/1981 | Santa Marta | Mz 27 casa 2 barrio Urbano 2000 | Santa Marta | Magdalena |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| cecilthllanes@gmail.com | 3153335599 | |

Ocupación (Seleccione): Actividad Principal CIIU

| Estudiante | | Independiente | | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | Descripción del CIIU |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

Detalle Actividad Económica

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

## 2. DATOS LABORALES

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

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI | NO

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | |
|---|---|
| Total Ingresos Mensuales | Total Egresos mensules |
| Otros Ingresos Mensules | Otros Egresos Mensuales |
| Total Activos | Total Pasivos |
| Mes y año de corte de la información financiera suministra: Mes / Año | Es declarante? SI / NO |

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

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. 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

CECILTH LLANES

## 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

Powered by CamScanner