HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC16F VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** _____. Identificado con Cédula No. _____ 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: Liliana Ospino R.

	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 – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php	✓	
5	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
6	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	✓	
7	Propuesta de Servicios	✓	
8	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)	✓	
10	RUT - Registro Único Tributario	✓	
11	Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II)	✓	
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
13	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual)**.		
14	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
16	Tarjeta Profesional		
17	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	✓	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
21	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
25	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*.		
26	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*)		
27	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.*		
28	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***).		
29	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
30	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)**	✓	
31	Soporte de experiencia laboral.	✓	
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://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)	✓	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	✓	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	✓	
36	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx	✓	

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
57.438.900
OSPINO RODRIGUEZ
LILIANA DE JESUS


02-ABR-1973
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
1.52
O+
F
09-MAR-1992 SANTA MARTA



#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	674389[illegible]	OSPINO	RODRIGUEZ	LILIANA	DE JESUS	2015-03-06 [illegible] am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	674389[illegible]	OSPINO	RODRIGUEZ	LILIANA	DE JESUS	2022-07-19, 11:[illegible] am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	5745[illegible]	OSPINO	RODRIGUEZ	LILIANA	DE JESUS	2022-07-19, 10:[illegible] am

HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Liliana de Jesus Ospino Rodriguez identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.438900 expedida en STA 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 ____ **del mes de Junio de 2023.**

Firma Liliana Ospino R.
Nombre Liliana de Jesus Ospino Rodriguez
Cédula 57.438900-2 STA MARTA

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Santa Marta, junio 2023

German Gavria Vargas Mosquera

Yo LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ; identificada con cedula de ciudadania No. 57.438.900, de Santa Marta, como Auxiliar de enfermeria y con una dedicada formacion academica: He conocido su propuesta y he tenido interes en la vacante de Auxiliar de enfermeria, y estoy seguro poder aportar a esta prestigiosa institucion toda mi experiencia.

Cuento con mas de 15 años de experiencia en el area de hospitalizacion, urgencias y las diferentes areas clinicas.

Dejo a su disposicion mi hoja de vida actualizada con los respectivos soportes academicos y certificados de experiencia laboral los cuales pueden ser verificados por esta prestigiosa entidad.

En espera de una positiva respuesta.

Atentemente

Liliana Ospino Rodriguez.

LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ

CC: 57.438.900 DE SANTA MARTA.



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Escaneado con CamS

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ospino	Rodriguez	Liliana de Jesus

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 57438900	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DIA 02 MES 04 AÑO 1973		- carrera 16 numero 26_15			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	carlili16@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES 12	AÑO 1992
										X		

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2008	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO 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	10	*Mes*	06	*Año*	2014	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* - cra 4 # 26-71				

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	8

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta

Liliana Ospino R.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

Acta de Grado

República de Colombia

Colegio Nacional Liceo Celedón

Jornada Nocturna
De Santa Marta - Magdalena
aprobado por el Ministerio de Educación Nacional según
Resolución No. 1760 del 9 de Mayo de 1.979

En la ciudad de SANTA MARTA, a los 5 días del mes de DICIEMBRE del año de 1992 se reunieron, con el Fin de formalizar la graduación de los alumnos de última grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO NACIONAL LICEO CELEDON modalidad ACADEMICA institución aprobada hasta NOVENA PERITA en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA según Resolución(es) Número(s) 7792 DE MAYO 9 DE 1979

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 ACADEMICO al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE
138	LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 2.057.435.900 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 01 de fecha DICIEMBRE 5 DE 1992 que consta de 154 alumnos graduados, contenidas con el nombre de: ARAGON RUIZ JAIME DE JESUS y se cierra con el nombre de VERGARA GERNAGA LUNA MARGARITA

firmado y sellado por: MARCO FIDEL GRACIA AVENDAÑO (Rector) y NANCY DE SMITH (Secretario)

Dada en SANTA MARTA a los 5 días del mes de DICIEMBRE de 19 92

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 186 de 1.981.

Firmado y Sellado

MARCO FIDEL GRACIA AVENDAÑO
El Rector o Directorial
c.c. No. 12.534.817 de Santa Marta.-

NANCY DE SMITH
El Secretario(a)
c.c. No. 36.537.383 de Santa Marta.-

CESMAG

CENTRO DE EDUCACION
EN SALUD DEL MAGDALENA
NIt. 891.780.117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 223

En la ciudad de Santa Marta, a los cuatro (04) días del mes de diciembre del año 2008 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, el suscrito director y la secretaria académica del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, Institución creada mediante Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1949, aprobada en el Nivel Vocacional según Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1968, modificada mediante Ordenanzas No. 020 de diciembre 23 de 1992 y No. 002 de Junio 7 de 2006. Autorizada por el Ministerio de Salud y Educación Nacional, para otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA.** 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 **APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** al alumno cuyos nombres, apellidos y documentos de identidad se relacionan a continuación, **OSPINO RODRIGUEZ LILIANA DE JESUS,** identificado con la cédula de ciudadanía No. **57.438.900** expedida en Santa Marta.

La presente acta es fechada en diciembre 04 de 2008 y consta de ciento veintiocho (128) alumnos que comienza con los nombres y apellidos de ACOSTA GUERRA ANGELY ELIZABETH y cierra con los nombres y apellidos ZUÑIGA GONZALEZ JOHANA MILENA.

Firmada y sellada por el director **JORGE AGUDELO APREZA** y **LAURA AGUDELO GARCIA**, Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta (Magdalena), a los cuatro (04) días del mes de diciembre de 2008.

Firmado y Sellado

JORGE AGUDELO APREZA
Director

LAURA AGUDELO GARCIA
Secretaria Académica

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

RESOLUCIÓN No. 47 7 0 1 1

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ**, identificado (a) con CC Nº 57.408.900 Expedida en Santa Marta - Magdalena solicito ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** del ejercicio de su profesión según título de **Aptitud Ocupacional Técnico en AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por **EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA CESMAG "GABRIEL ANGULO"**, de Santa Marta según Acta de Grado Nº 223 del día 04 de Diciembre de 2008.

Que estudiada la Documentación presentada por el (la) solicitante esta cumple con los Requisitos establecidos en las Normas Legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ**, identificado (a) con CC Nº 57.408.900 Expedida en Santa Marta - Magdalena para ejercer la profesión de **Aptitud Ocupacional Técnico en AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Título o Certificado la persona deberá Inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y Vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 7 1 [illegible]

MARTHA ROCA LEIVA
Secretaria de Salud Del Magdalena

Proyectado por: Angélica Restrepo Dascanelli



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ

C.C. 57.438.900

por haber asistido y aprobado el curso:

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

Realizado en modalidad virtual, **del 11 al 13 de Diciembre de 2020.**
con una intensidad académica de **40 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019, y lo exigido en la Ley 1146 del 2007 y Res. 0459.

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

Regina Ortega Gual
PSICÓLOGA

Alfredo Bolívar Tavera
MÉDICO PERITO

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co

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

Liliana de Jesus Ospino Rodriguez

c.c. 57438900 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2022-07-18
Fecha de vencimiento: 2024-07-18

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermería
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PEDRO NEL HURTADO H. CIA LTDA.

LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ
C.C. 57438900

ASISTIÓ Y APROBÓ
ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 28 de Diciembre de 2019 con una intensidad académica de 4 horas.
Temario: Atención Integral para la Gestión del Duelo.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.

LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ
C.C. 57438900

ASISTIÓ Y APROBÓ
ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 06 de Diciembre de 2019, con una intensidad académica de 3 horas.
Temario: Atención a Personas Víctimas de Ataque con Agentes Químicos.

PEDRO NEL HURTADO MONTEMAYOR
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO.HSA.

Servicios Médicos Domiciliarios LTDA

SERVIMED LPS

Calle 22 No. 14 - 05 - Local 101 C.C. Malecon Plaza - Teléfonos 421 28 79
atencionalcliente@servimedips.com.co - www.servimedips.com.co

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	FECHA
HOSPITAL SOLO MEDICOS	SANTA MARTA	DIA 17 MES 12 AÑO 2021

NOMBRE Y APELLIDOS: LILIANA ESPINA RODRIGUEZ — Documento de identidad: CC No. 57438900

Dirección: — Teléfono:

Ocupación: AUXILIAR ENFERMERIA — Edad: 36 — Fecha de nacimiento: 2-04-85

Tipo de Evaluación: Periódico ✓ — Post Incapacidad — Post Ocupacional — Reubicación — Manipulador Alimentos —

Tipo de Cargo: Trabajo Laboral

SISTEMA	N	A	OBSERVACIONES (Anamnesis)	N	A
Órgano Sensoriales	X				
Cardiovascular					
Respiratorio					
Osteomuscular					
Neurológico					

El trabajador(a) no presenta defectos ni patología aparente	X
El trabajador(a) presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	
El trabajador(a) presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
El trabajador(a) presenta condiciones de salud con posible calificación de origen laboral	

Presenta Restricciones? SI ☐ NO ☐ ¿Cuales?

Observaciones:

Apto sin Restricciones ✓ — Aplazado — Apto Manipular Alimentos —

Apto — Apto para Alturas — No Apto para Alturas — No Apto Manipular Alimentos —

Apto Trabajo Confinados —

RECOMENDACIONES SV SALUD OCUPACIONAL

Remisión a EPS		Uso de EPP	Ingreso al SVE
Continuar manejo médico		Lunga Física	Visual
Remisión a ARP		Auditiva	Biológico
Cirugía Ingreso		Radiológico	Audiometría
		Psicológico	Cardiovascular
		Otro	

Inicio de actividad Física	
Dejar de fumar	
Reducir el consumo de alcohol	
Control de peso	
Otro	

Firma del Médico

Licencia de Salud Ocupacional

Firma del Trabajador

CC No. 57438900

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

CERTIFICA:

La Señora **LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 57438900 expedida en Santa Marta, laboró en Nuestra Institución desde el día 10 de Junio de 2014 hasta el 28 de Febrero de 2018, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el servicio de Urgencias.

La presente certificación se expide en la ciudad de Santa Marta a solicitud del interesado a los 08 días del mes de Marzo de 2018.

Atentamente,

FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

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


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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA YO ME VACUNO


PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

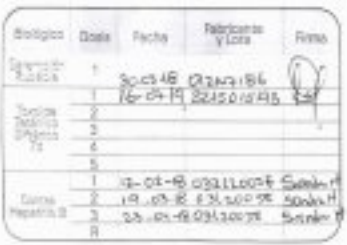
Nombres: Liliana De Jesus

Apellidos: Ospino Rodriguez.

Documento de identidad: CC X TI Número: No 53 438 900

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 09 Año 1973.

Escaneado con Cam



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1	30.03.18	02A73184	
Tétanos Difteria Pertussis TD	1	16.04.19	82450105	
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	12-02-18	03211003	Sanofi
	2	19.03.18	83,500	Sanofi
	3	23.01.19	03130078	Sanofi
	R			



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	Anual	06-08-18	Vacunate 9	Prima Roum
Virus del Papiloma Humano				

Escaneado con Cam

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: 2023-02-08 14:04

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LILIANA	DE JESUS	OSPINO	RODRIGUEZ

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 57438900

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: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País: COLOMBIA | Departamento: MAGDALENA | Municipio: SANTA MARTA

Dirección: ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$1.800.000,00
TOTAL	$3.600.000,00

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: SI [ ] 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: SI [ ] NO [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

SI [ ] 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: SI [ ] 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: SI [ ] 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

3.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: SI [ ] NO [X]

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

Nombre entidad	Valor

3.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: SI [ ] 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:

EPS Sanitas

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57438900
NOMBRES Y APELLIDOS	Ospino Rodriguez,Liliana De Jesus
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ospino Rodriguez,Liliana De Jesus, a los 08 días del mes de febrero del año 2023.

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

Barry Sarmiento

Barry Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.643-7

CERTIFICA QUE:

LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.438.900, se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR.**

La presente certificación se expide el 10 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

