REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.536.507

OLAVARRIA De PEREZ

APELLIDOS

CAFINA DE JESUS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1959

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-JUL-1977 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00176180-F-0036536507-20090909 0015831869A 1 4410100088

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

HUJMB	**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,** Cofesa Olavarria Identificado con Cédula No. 36536.507 y Profesión Aux. 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: Cofesa Olavarria

	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		
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 (**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 ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
37	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx		

Powered by CamScanner

SIJI

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar Registro

Ha buscado el número de identificación: **36.536.507 resultados**

encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36.536.507	OLAVARRIA	DE PÉREZ	CAFINA	DE JESÚS	01/09/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

HUMB	**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) Cafima Olavarria identificado con C.C./C.E./P.P No. 36.536.507 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 06 del mes de Junio de 2023.

Firma Cafima Olavarria
Nombre Cafima Olavarria
Cédula 36.536.507

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

Inglés español

Google Translate

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Escritorio — Configuraciones de Perfil

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	CAFINA DE JESUS
Apellidos	OLAVARRIA DE PEREZ
Fecha de Nacimiento	5/01/1959 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Nombre y apellido	CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	36536507
Dirección	MANZANA J CASA 10 URBANIZACION VILLAS DE ALEJANDRIA
Código postal	47001
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	ina_olame@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3014282951
Nivel Educativo	Uno o más años de técnica o tecnológica

Configuración

D.T.C.H SANTA MARTA JUNIO DEL 2023

Doctor

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Ciudad

Cordial Saludo

A solicitud de su respetada institución yo Cafina Olavarrio-

identificado con C.C No. 36.536.507 de Santa Marta-

le solicito a usted dejarme ingresar como Auxiliar de Enf dentro del área de Psiquiatrio- espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

Cafina Olavarrio

C.C 36.536.507 de Santa Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14314939730

(415)7707212489984(8020) 000001431493973 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 3 6 5 0 7	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	9

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 1 3	3 6 5 3 6 5 0 7	1 9 7 7 0 7 1 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OLAVARRIA	DE PEREZ	CAFINA	DE JESUS

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: MZ J CA 10 URB VILLA ALEJANDRIA

42. Correo electrónico: ina_olame@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 5 5 5 3 6 6 1	4 3 0 9 0 5 4

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
8 6 9 2	2 0 1 1 1 0 1 4					5 1 3 2	

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: 2 0																									

20- Obtención NIT

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 [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha: 2014 - 09 - 23

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: ARROYO DUQUE BENIVALDO SEGUNDO
985. Cargo: Analista V

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Olavarria	de Perez	Cafina de Jesus

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36536507	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 05 MES 01 AÑO 1959

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MANZANA J CASA 10 CASA VILLA DE ALEJANDRIA SANTA MARTA

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3014262951 EMAIL ina_olame@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	11	AÑO	1977
										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			09	1996	472

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Conferencia	FUNDACION DE CAPACITACION ASESORIAS Y CONSULTORIA SIGLO XXI	EDUCACIÓN INFORMAL	SEMINARIO TALLER RELACIONES INETERPERSONALES	06	2014
Conferencia	UNIMAGDALENA	EDUCACIÓN INFORMAL	SEMINARIO TALLER DE PISCOPATOLOGIA MATONEO Y ESTRES LABORAL	11	2013
Conferencia	HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	EDUCACIÓN INFORMAL	1º TALLER SEMINARIO DE PARADIGMMAS CONDUCTUALES DE LA IDEACION DEL SUICIDIO	05	2013
Conferencia	INSTITUTO DE NEUROCIENCIA DEL	EDUCACIÓN INFORMAL	VII JORNADA DE ACTUALIZACION EN PSIQUIATRIA	08	2009

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*
	CARIBE Y HUFT				
Conferencia	HOSPITAL AFERNANDO TROCONIS INSTITUTO NEUROCIENCIAS	EDUCACIÓN INFORMAL	JORNADA DE ACTUALIZACION EN PSIQUIATRIA	08	2007
Conferencia	SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	COOPERATIVISMO BASICO	06	2005
Conferencia	SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	SEMINARIO DE SEGURIDAD INDUSTRIAL	11	1998
Conferencia	CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA GABRIEL ANGULO	EDUCACIÓN INFORMAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	10	1996
Conferencia	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COL	EDUCACIÓN INFORMAL	SEMINARIO MANEJO DE PCIENTES CON MOROSIDAD RESPIRATORIA	08	1996

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	- CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HUJMB	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	REQUIERE CORRECCION	

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315426	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315426	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	10	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N º C 23 -42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315426	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	07	*Año*	2013	*Día*	11	*Mes*	08	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N º 23 -42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315426	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	02	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N º 23 -42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315426	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	11	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N º 23 -42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315426	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	08	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N º 23 -42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315456	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315426	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	11	*Año*	2011	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO REDCARIBE CTA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3689786	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2010	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 N 75 20 OF 202					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVAS DE SERVICIOS EFECTIVOSY HUFT			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3689340	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2010	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* VIA 40 N 69-138					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SORY C E U Y HOSPITAL U FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3560275	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	05	*Año* 2007	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CALLE 76 N 42 78					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE REHABILITACION Y DIAGNSOTICO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315426	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	05	*Año* 1999	*Día*	05	*Mes*	10	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE REHABILITACION Y DIAGNOSTICO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	07	*Año* 1998	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE REHABILITACION Y DIAGNOSTICO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315426	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	04	*Año* 1998	*Día*	02	*Mes*	06	*Año*	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* KARRERA 14 N 23-42					

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*					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	15	1

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA

CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ

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

República de Colombia

Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena

y en su nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena "C e s m a g" Gabriel . Angulo

C e r t i f i c a q u e:

Cafina de Jesús Olavarría de Pérez

Titular de la c.c. 36.536.507 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 1.949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1.968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1.992

Director de C E S M A G

Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Secretaria Académica

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA

(C E S M A G)

GABRIEL ANGULO

ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de Santa Marta, a los 3 días del mes de OCTUBRE del año 1.996 se reunieron, con el fín de formalizar la Certificación de los alumnos del curso de AUXILIAR DE ENFERMERIA, los suscritos Director y Secretaria del CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO", Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, según Resolución No.2182 de Agosto 9 de 1968, Decreto No.816 de Diciembre 13 de 1949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA al alumno cuyo nombre y apellidos y número de documentos se relacionan a continuación : CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ

C.C. No. 36.536.507 de SANTA MARTA.

Es fiel copia de su original, fecha Octubre 3 de 1.996 que consta de 29 alumnos que comienzan con el nombre de : SOCORRO JUDITH BARRIOS BERRIO

y cierra con el nombre de : ATENAIDA JUDITH ZAMBRANO GARCIA

firmado y sellado por HUGO DE JESUS PEREZ NAVARRO Director y MARELBYS BALCAZAR VALDERRAMA Secretaria.

Dada en Santa Marta, a los 3 días del mes de Octubre de 1996.

Firmado y sellado

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA ACADEMICA
Centro de Educación en Salud

HUGO DE J. PEREZ NAVARRO
Director

MARELBYS BALCAZAR VALDERRAMA
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"

HACE CONSTAR

QUE OLIVARRIA DE PEREZ CAFINA

PARTICIPO EN LA ACCION DE FORMACION:

SEMINARIO SEGURIDAD INDUSTRIAL

CON DURACION DE -30- HORAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SUPERVISOR REGIONAL COMERCIO

Firma Autorizada

SANTA MARTA 30-09-98

Ciudad y Fecha de Terminación

Registro y Certificación

980600 20-11-98

No. y Fecha de Registro

FS-129/10-96 CONSTANCIA DE PARTICIPACION

E.S.E

CENTRO DE REHABILITACION Y DIAGNOSTICO "FERNANDO TROCONIS"

CERTIFICA QUE

CAFINA OLAVARRIA DE PEREZ

Asistió a la

JORNADA REGIONAL DE SALUD MENTAL

Santa Marta 16 y 17 de Mayo de 2002. Intensidad horaria 16 horas.

Gerente

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS A TRAVES DE LA COORDINADORA DEL AREA DE PSIQUIATRIA Y REHABILITACION HACE CONSTAR DEL

1° Taller Seminario de Paradigmas Conductuales de la Ideación del Suicidio

Se certifica que Rafael Olivarria, identificado (a) con la cédula de Ciudadania No 36'536.504, de _____, participó del taller Seminario, con una intensidad de cuatro (4) horas. Completándolo satisfactoriamente.

Lugar: Auditorio del Hospital Universitario Fernando Troconis.

Fecha: 06 de Mayo de 2013

Beatriz Helena Caamaño León
Médica - Psiquiatra
Registro Médico 172194 Ministério de Salud

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE

CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ

CC.36.536.507

PARTICIPO EN EL CURSO

CURSO BASICO DE ECONOMIA SOLIDARIA

DURACION 20 HORAS

MARIA T.PINEDO BRUGES
TEC 03 REGISTRO Y CERTIFICACION

Santa Marta, 26 de Septiembre de 2005
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

1631359

MULTISECTORIAL
CENTRO DE FORMACION

SGC2005CP00414 26/09/2005
No Y FECHA DE REGISTRO

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DEL CARIBE LTDA.

E.SE. HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS.

Hacen constar que

CAFINA OLAVARRIA

Asistió en Calidad de participante a la

VII JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Llevado a cabo el 14 y 15 de Agosto de 2009, en Santa Marta D.T.C.H. con una intensidad de 16 horas

Coordinador Académico del Evento

Coordinador Académico de la Evento

Avalado:
Asociación
Colombiana
De Psiquiatría

Instituto de Neurociencias del Caribe Ltda.
E.S.E. Hospital Universitario Fernando Troconis

Certifican que:

Cafina Olavarria De Perez

Asistió en calidad de participante a:

V JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRIA

"El avance de las Neurociencias y el cuidado de la Salud Mental"

Realizado los días 17 y 18 de Agosto de 2007, en la ciudad de Santa Marta con una intensidad horaria de 16 horas.

José Bornacelly Ternera
Instituto de Neurociencias del Caribe Ltda.

Juan Elejalde Echeverri
E.S.E. Hospital Universitario Fernando Tro

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE

PARTICIPO EN EL CURSO

COOPERATIVISMO BASICO

DURACION 20 HORAS

MARIA T.PINEDO BRUGES
TEC 03 REGISTRO Y CERTIFICACION

Santa Marta, 17 de Junio de 2005
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

0843211

MULTISECTORIAL
CENTRO DE FORMACION

SGC2005CP00185 17/06/2005
No Y FECHA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA

FUNDACION DE CAPACITACION ASESORIAS Y CONSULTORIAS SIGLO XXI

FUNDECAC XXI

C E R T I F I C A

Que: ***CAFINA OLAVARRÍA***

c.c. **36.536.507 DE SANTA MARTA**

Aprobó la formación específica

SEMINARIO TALLER:

RELACIONES INTERPERSONALES Y ATENCIÓN AL CLIENTE

Con una intensidad de *-10-* horas.

Directora Ejecutiva

Secretaria

Santa Marta, Junio 13 del 2000

Ciudad y Fecha de Terminación

20000226 **14-06-2000**

Número de Registro y Fecha de Expedición

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Santa Marta

CERTIFICA QUE

CAFINA OLAVARRIA

PARTICIPO EN EL

SEMINARIO: MANEJO DE PACIENTES CON MORBOSIDAD RESPIRATORIA

Dictado con una Intensidad de 8 horas académicas

Director Seccional

Decano

Coordinador del Evento

Santa Marta,
Agosto 30 de 1.996

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DEL CARIBE LTDA.

E.SE. HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS.

Hacen constar que

CAFINA OLAVARRIA

Asistió en Calidad de participante a la

VII JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Llevado a cabo el 14 y 15 de Agosto de 2009, en Santa Marta D.T.C.H. con una intensidad de 16 horas

Coordinador Académico del Evento

Coordinador Académico de la Evento

Avalado:
Asociación
Colombiana
De Psiquiatría

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 2784 DE 19 96

"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 CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ, identificada con la cédula de ciudadanía No.36.536.507, expedida en Santa Marta, ha Solicitado el Registro de 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 3 de Octubre de 1.996.

RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscríbase en la Oficina de Control de Medicamentos del Servicio Seccional de Salud del Magdalena, a CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ, para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE:

Dada en Santa Marta, a los 16 DIC 1996

(ORIGINAL FIRMADO) LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud Mag.

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Madicamentos

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



REGISTRO No. 472

NOMBRE: CATINA OLAVARRIA DE PEREZ

C. C. No. 36.536.507

EXPEDIDA EN: SANTA MARTA

TITULO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

Se le agradece a todas las Autoridades, Civiles y Militares, prestar la mayor colaboración posible al funcionario portador de este Carnet.

Fecha de Expedición: OCTUBRE-17-1.996

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

1225

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-05-15→9:57:37 AM -2023-05-15→10:18:31 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36536507	CAFINA	DE JESUS	OLAVARRIA	DE PERES	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) CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PERES identificado(a) con CC 36536507 registra La siguiente información:

2023-05-15→10:18:31 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1996-10-16	2784	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).

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225314-2018

CERTIFICA QUE:

CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ

C.C. N° 36536507

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

ENTHA | EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO
Centro Internación De Entrenamiento En Emergencias Y Urgencias.

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN
PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

CERTIFICA QUE

CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ
I.D. N° 3653650?

CURSO Y APROBÓ EL

Curso de Soporte Vital Cardiopulmonar Básico (BLS) Para Tecnólogos, Técnicos Y Auxiliares En Salud

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capitulo y numeral 8 del ministerio de educación nacional. Bajo los parámetros establecidos por I.L.C.O.R, American Heart Association y European Resuscitation Council 2020-2025 y según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 18 De Marzo De 2022

Con una intensidad horaria de 24 horas academicas

REG:
9d68cc04ae41a401

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS

www.enthaltda.com.co

ENTHA | EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO
Centro Internación De Entrenamiento En Emergencias Y Urgencias.

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN
PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

CERTIFICA QUE

CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ
I.D. N° 3653650?

CURSO Y APROBÓ EL

Curso de Soporte Vital Cardiopulmonar Básico (BLS) Para Tecnólogos, Técnicos Y Auxiliares En Salud

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capitulo y numeral 8 del ministerio de educación nacional. Bajo los parámetros establecidos por I.L.C.O.R, American Heart Association y European Resuscitation Council 2020-2025 y según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 18 De Marzo De 2022

Con una intensidad horaria de 24 horas academicas

REG:
9d68cc04ae41a401

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS

www.enthaltda.com.co

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Cafina de Jesús Olavarria de Pérez

CC 36536507 de Santa Marta

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: 2023-06-07
Fecha de vencimiento: 2025-06-07

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

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. 901544869-6

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

Certifica

Cafina de Jesús Olavarria de Pérez

CC 36536507 de Santa Marta

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: 2023-06-09
Fecha de vencimiento: 2025-06-09

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 y Desarrollo Humano
Docente Especialista

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
DR. RICARDO ANTONIO BONETT BARRIOS
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REG. MÉDICO 47-1131 // LSO 2542/15
SANTA MARTA MAGDALENA



(Debe llenarse en los exámenes para Ingreso y Reingreso)
Léase la nota final del reverso antes de escribir

Forma 10

1- Apellidos y Nombres	2- Edad	3- Cédula o T. I.
CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ	62 AÑOS	36536507

4- Dirección y teléfono de residencia habitual	5- Motivo del Examen				6- Fecha del Examen
MZ J CASA 10 VILLA DE ALEJANDRIA	Ingreso	X	Reingreso		13/12/2021
	Periódico		Post-Incapacidad		
	Egreso		Particular	X	

7- Sexo	8- Raza	9- Nombre de los Padres y residencia habitual	10- Lugar de Nacimiento
M	BLANCA	NO DESCRITO	SANTA MARTA

11- Fecha de Nacimiento			13- EPS ARL y Fondo de Pensiones	12- Profesión u Oficio
Día	Mes	Año	EPS SANITAS	AUX ENFERMERIA
			ARL POSITIVA	Antigüedad en la empresa 20 AÑOS
5	1	1959	Fondo de Pensiones PORVENIR	antigüedad en el cargo actu 20 AÑOS

14- Cargo a que aspira	15- Como juzga el examinado su salud?
NO APLICA	BUENA

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO, LA CAUSA	EDAD EN QUE MURIO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE:	SI	NO	PARENTESCO
Padre					Tuberculosis			
Madre					Sífilis			
Esposa					Diabetes			
Hermanos					Cáncer	X		HIGADO Y PULMO
					Enfermedades del Riñón			
					Enfermedades del Corazón			
					Enfermedades del Estómago			
Hijos					Reumatismo			
					Alergias			
					Epilepsia			
					Suicidios			
					Enfermedades mentales (locos)			

HISTORIA MEDICO PERSONAL

HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO
Difteria (Fiebre y Diarrea)	SI	NO	Perturbaciones de la nariz	SI	NO	Colicas	SI	NO
Asma	SI	NO	Resfriados frecuentes	SI	NO	Mareos de carro, tren, avión, mar	SI	NO
Tos ferina	SI	NO	Ictericia (Coloracion amarilla)	SI	NO	Pérdida de la memoria	SI	NO
Perturbaciones del oido	SI	NO	Cáncer	SI	NO	Toma alcohol. Cuanto? :	SI	NO
Perturbaciones de las vías digestivas	SI	NO	Sangre en la orina	SI	NO	Es tartamudo	SI	NO
Colo	SI	NO	Deformidad huesos, articulaciones u otros	SI	NO	Ha sido sonámbulo	SI	NO
Cólicos	SI	NO	Epilepsia o ataques	SI	NO	MUJERES	SI	NO
Apendicitis	SI	NO	Depresión o angustia	SI	NO	Edad de la menarquia (primera menstruación	SI	NO
Hemorroides o enfermedad del recto	SI	NO	Enuresis (orina) nocturna	SI	NO	Tratamiento por desorden propio del sexo	SI	NO
Micciones (orinas) frecuentes o dolorosas	SI	NO	Usa aparatos para oir	SI	NO	Ha estado embarazada G3C2A1P0	SI	NO
Enfermedades venereas	SI	NO	Ha intentado suicidio	SI	NO	Tiene menstruaciones dolorosas	SI	NO
Parálisis	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO	Ciclo actual (Cada cuantos dias)		
Frecuente sueño intranquilo	SI	NO	Palpitaciones	SI	NO	Ha tenido flujos vaginales	SI	NO
Es adicto a narcóticos (estupefacientes)	SI	NO	Perturbaciones de la vista	SI	NO	Menstruaciones irregulares	SI	NO
Usa aparáto ortopédico	SI	NO	Perturbaciones de la garganta	SI	NO	Fecha última menstruación		
Sangrado excesivo dental. o por heridas	SI	NO	Bronquitis crónica	SI	NO			
Erisipela (Infección de la piel)	SI	NO	Tumores	SI	NO	Menstruación ☐ Normal		
Dolor o inflamación articular		NO	Fractura	SI	NO	☐ Excesiva		
Pérdida de conocimiento	SI	NO	Forunculosis (Nacidos)	SI	NO			

Que empleo ha tenido en los 5 ultimos años?	En cual permaneció mas tiempo, meses?	Cuál es su oficio actual	Es Ud. Derecho X
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXINLIAR DE ENFERMERIA		Es Ud. Zurdo ☐

Ruido intenso	SI	NO	Riesgo Biológico	SI	NO	Radiación ionizante	SI	NO
Vibracion o herramientas vibratorias	SI	NO	Trabajos manuales repetitivos	SI	NO	Frio o calor intonso	SI	NO

CARRERA 19 Nº 11-31 | Cell: 10+2476904 | Email: Rbonett@yesul.com



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
DR. RICARDO ANTONIO BONETT BARRIOS
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REG. MÉDICO 47-1113 // LIC 254-17-15
SANTA MARTA MAGDALENA

SEÑALE CON UNA "X" SI o NO (Si marca "SI" debe explicarse al frente)

36536507 -2

Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?	SI	NO	ACCIDENTE EN MOTO HA CCE 3 AÑOS FX DE HUMERO DERECHO CON OSTEOSINTEISIS
Es sensible a productos químicos, polvo, luz del sol, etc (alergias)?		NO	
Tiene dificultades para ejecutar algunos movimientos?		NO	
Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		NO	
Por otras razones de orden médico es inhábil?		NO	
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su salud?	SI	NO	
Ha sido herido? Que clase de arma ? Sitio de la herida ?	SI	NO	
Se le ha negado algún seguro de vida?	SI	NO	
Se le ha practicado o le han aconsejado que se practique alguna operación. Cual ?	SI	NO	CIRUGIA POR FX DE HUMERO DERECHO HACE 3 AÑOS
Ha estado interno por su voluntad o por orden de un hospital de enfermedades mentales ? (En caso afirmativo especificar cuando, donde, por que, nombre del médico y señas completas de los hospitales)	SI	NO	
Ha tenido otra enfermedad distinta a las anotadas ? (En caso afirmativo dar detalles)	SI	NO	
Se ha tratado Usted mismo por enfermedades benignas como resfriados ? Que otra enfermedad ?		NO	
Ha sido rechazado de algún trabajo por causas médicas, mentales u otras ? Dar detalles.	SI	NO	
Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad ? Dar detalles.	SI	NO	

OBSERVACIONES

EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Declaro por mi palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, clínicas y hospitales mencionados, para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al cargo que aspiro.

Fecha y Lugar (del examen)

Santa Maria 13-12-2021

Firma del Examinado

Documento de Identificación: CC TI CE

Nombre del Examinado (Letra imprenta)

Número y Lugar de Expedición:

CARRERA 19 N° 11-31 | Cell: 3142761902 | Email: Rbonett@ymail.com



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
DR. RICARDO ANTONIO BORRETT BARRIOS
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REG. MÉDICO 47-1323 / / LSO 2542/15



APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		
CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ		
C.C. / T.I. O C.E. Nº		DE
36536507		SANTA MARTA
EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
82	F	CASADO
DIRECCION Y TELEFONO RESIDENCIA		
MZ J CASA 16 VILLA DE ALEJANDRIA		

FECHA (ddmmaa)	13/12/2021

FICHA Nº	36536507-3

ANAMNESIS Y OTROS DATOS IMPORTANTES

PACIENTE ASINTOMATICA, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIAS, ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETA CON AZTRA - ZENECA

EXAMEN SOMATICO

PIEL Y FANERAS
NORMAL

CABEZA, CAVA, CUERO CABELLUDO
NORMAL

SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO Y LINFÁTICO
NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR
NORMAL

EXTREMIDADES Y VARICES
NORMAL

APARATO CIRCULATORIO
NORMAL

CORAZON Y GRANDES VASOS
NORMAL

PULSO
RITMICO, CON FRECUENCIA DE 70 LPP

TORAX Y APARATO RESPIRATORIO
RS CS RITMICOS NO SOPLOS , REFORZAMIENTO DE SEGUNDO RUIDO FISIOLOGICO

ESTADO GENERAL

TENSION ARTERIAL		PESO Kgs.	ESTATURA	PERIMETRO TORACICO		CAPACIDAD VITAL
SIST.	DIAST.			E.	I.	
120	80	74	166	NA	NA	NA
ASPECTO GENERAL	NORMAL					

ABDOMEN - HERNIAS
NORMAL

APARATO GENITO URINARIO
NORMAL

SISTEMA NERVIOSO
NORMAL

REFLEJOS

RADIALES	
ADDOMINALES	
CREMASTERIANOS	
CLONUS	
AQUILEOS	
ROTULIANOS	

PUPILAS

	LUZ	ACOM.	ANO.
D.	✓	✓	
I.	✓	✓	

IDX : PACIENTE SANA

MEDICO (Que examinó)

Dr. Ricardo Borrett Barrios
Md. Esp. Salud Ocupacional
UCC - U el Bosque C.C. 7.632.922
R.M. 47-1323 - LSO 2542/15

FIRMA | SELLO (Con nombre y RM)

: DESCRIBIR NORMAL O CADA ANORMALIDAD DETALLADAMENTE.

Anexo (SE) a la Hoja

CARRERA 19 Nº 11-51 | Cel. 3042470904 | Email: RBorrett@hotmail.com

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
DR. RICARDO ANTONIO BONETT BARRIOS
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REG. MÉDICO 47-1323 // LSO 2542/15
SANTA MARTA MAGDALENA

EXAMENES ESPECIALES

36536507-4

FECHA	APELLIDOS Y NOMBRES
13/12/2021	CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

OJOS	AG. VISUAL	PTERIGIOS	VIAS LACRIMALES	FONDO DEL OJO
D	SC:	NO		
	20/25		NORMAL	NORMAL
	CC:	NO		
I	SC:	NO		
	20/25		NORMAL	NORMAL
	CC:	NO		

OIDOS	AG. AUDITIVA	CON. AUD. EXT.	TIMPANO
D	NO EVALUADO	NORMAL	NORMAL
I	NO EVALUADO	NORMAL	NORMAL

GARGANTA	AMIGDALAS	FARINGE	LARINGE
	EUTROFICAS	NORMAL	NORMAL

NARIZ	TABIQUE	CORNETES	MUCOSAS
		NORMAL	
		NORMAL	
		NORMAL	

SENOS PARANASAL	FRONTALES	MAXILARES
	NORMAL	NORMAL

MEDICO (Que examina)

Dr. Ricardo Bonett Barrios
Md. Esp. Salud Ocupacional
UCC - U el Bosque C.C. 7.633.922
R.M. 47-1323 - LSO 2542/15

FIRMA SELLO (con nombre y Registro)

DIAGNOSTICO Y OBSERVACIONES

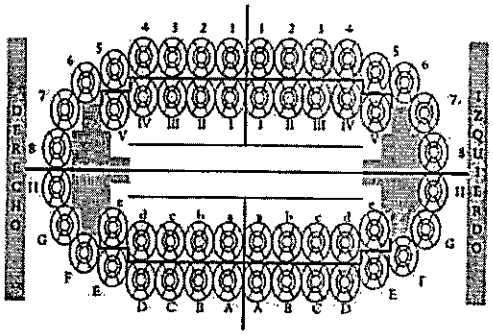
EXMANE MEDICO OSTEOMUSCULAR NORMAL

NO PRESENTA NINGUNA MORBILIDAD PREEXISTENTE QUE PUEDA AGRAVAR POR UNA INFECCION POR COVID-19 A LA FECHA; SEGÚN CIRCULAR EXTERNA 30 DEL 8 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE TRABAJO SE SUGIERE SEGUIR LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES ESTABLECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO Y SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y PROPAGACION DEL COVID-19 TALES CON EL USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS COMPLETO Y CONSTANTE, VESTIMENTA ADECUADA ENTRE OTRAS MEDIDAS.

Dr. Ricardo Bonett Barrios
Md. Esp. Salud Ocupacional
UCC - U el Bosque C.C. 7.633.922
R.M. 47-1323 - LSO 2542/15

IDX.: PACIENTE SANA

FICHA ODONTOLOGICA



TRATAMIENTO	PPR	PPF
SUPERIOR ☐ INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR

DIAGNOSTICO Y OBSERVACIONES

ODONTOLOGO (Que examina)

ROJO: O CORONA, X RESTO R. INCLUIDO	VERDE: RESINA, SELLANTE	AZUL: AMALGAMA	NEGRO: CARIES, CEMENTO

FIRMA SELLO (con nombre y Registro)

CALIFICACION DE LA CAPACIDAD PSICOFISICA

(Uso exclusivo de la Autoridad Médico Laboral)

CONCEPTO: APTO [X] REMISION A EPS [ ] REMISION A ARL [ ]

OBSERVACIONES:

APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Dr. Ricardo Bonett Barrios
Md. Esp. Salud Ocupacional
UCC - U el Bosque C.C. 7.633.922
R.M. 47-1323 - LSO 2542/15

FIRMA SELLO (con Nombre y RM)

CARRERA 19 N° 11-31 | Cell 3147471902 | Email: Rbonett@gmail.com

Sory C E.U.

NIT. 900.027.644-5

Barranquilla, Marzo 26 de 2010

Señor (a)
OLAVARRIA DE PEREZ CAFINA DE JESUS
Santa Marta

Nos permitimos comunicarle que el contrato de trabajo, suscrito entre la empresa **SORY C EU** y usted finaliza el 30 de Marzo del 2010. Sírvase reclamar su liquidación de prestaciones sociales a nuestras oficinas.

Cordialmente,

Sory C E.U.
NIT. 900.027.644-5

Sandra Corzo Pinto
SANDRA CORZO PINTO
Representante Legal.

Calle 76 No. 42-78
Teléfonos: 3560275 - 3688791 Cel: 310 7280464 - 310 7284528
E-mail: soryc_eup@yahoo.es
Barranquilla, Colombia

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT:900.244.788-7

Santa Marta, Octubre 26 de 2011

Señor(a) Asociado:
CAFINA OLAVARRIA
AUXILIAR DE ENFERMERIA
HUFT

Cordial saludo,

Le informamos que el Convenio de Trabajo Autogestionario suscrito entre usted y la Cooperativa de Trabajo Asociado **"REDCARIBE C.T.A"**, culminará el día 27 de Octubre del 2011, agradecemos los servicios prestados los cuales serán tenidos en cuenta en próximas oportunidades.

Atentamente,

YESENIA SUAREZ MAZENETT
Coordinadora Redcaribe C.T.A

Sory C E.U.

NIT. 900.027.644-5

A QUIEN INTERESE

Hacemos constar que la señora, **CAFINA DE OLAVARRIA DE PEREZ,** identificada, con cédula de ciudadanía No.36.536.507 de Santa Marta (Mag), ha prestado sus servicios a esta empresa, como honorarios desde enero 11 hasta Enero 31 de 2008 y mediante los siguientes contratos de trabajo, comprendidos dentro de las siguientes fechas:

Auxiliar de Enfermería, en el HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

Fecha de Ingreso	Fecha de Terminación
Mayo 14 de 2007	Junio 30 de 2007
Septiembre 1 de 2007	Diciembre 31 de 2007
Febrero 1 2008	Actualmente

Actualmente devenga un sueldo promedio mensual de SETECIENTOS DIEZ MIL PESOS ($710.000).

Se expide el presente certificado a solicitud del (a) interesado (a) a los Ocho (8) días del mes de Agosto de 2008.

Sory C. E.U.

NIT. 900.027.644-5

Marcelys Perez S

MARCELYS PEREZ SANTOS
Recursos Humanos

Calle 76 No. 42-78
Teléfonos: 3560275 - 3688791 Cel: 310 7280461 - 310 7284528
E-mail: soryc_cup@yahoo.es
Barranquilla, Colombia

Sory C E.U.

NIT. 900.027.644-5

Barranquilla, Noviembre 25 de 2009.

Señor (a)
CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ
Santa Marta

Nos permitimos comunicarle que el contrato de trabajo a termino fijo suscrito entre la empresa **SORY C EU** y usted finaliza el 31 de Diciembre del presente año. Sírvase reclamar su liquidación de prestaciones sociales a nuestras oficinas.

Cordialmente,

Sory C. E.U.
NIT. 900.027.644-5

Sandra Corzo P
SANDRA CORZO PINTO
Representante Legal.

Calle 76 No. 42-78
Teléfonos: 3560275 - 3688791 Cel: 310 7280464 - 310 7284528
E-mail: soryc_eup@yahoo.es
Barranquilla, Colombia

Sory C E.U.

NIT. 900.027.644-5

Barranquilla, 30 de junio de 2007

Señor (a):
CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ
Santa Marta

Nos permitimos comunicarle que de acuerdo con la cláusula segunda del contrato de trabajo suscrito entre la empresa y usted damos por terminado este contrato a partir del 30 de junio de 2007.

Sírvase a reclamar su liquidación de prestaciones sociales en nuestras oficinas.

Atentamente,

MARCELIS PEREZ SANTOS
Jefe de Recursos Humanos.

Teléfono: 3560275 Cel: 310 7280464 - 310 7284528
E-mail: soryc_eup@yahoo.es
Barranquilla, Colombia

Santa Marta, Septiembre 13 de 2010

Señor (a):
OLVARRIA DE PEREZ CAFINA DE JESUS
Ciudad

Cordial saludo.

Por medio de la presente nos permitimos informarle que el contrato de prestación de servicios suscrito entre el HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS y la COOPERATIVA DE SERVICIOS EFECTIVOS SERVIEFECTIVOS C.T.A, termina sus efectos jurídicos el día 30 de septiembre del presente año, tal como se encuentra estipulado en dicho contrato, generando en consecuencia la terminación de los procesos que la Cooperativa venía desarrollando con sus trabajadores asociados en el Hospital Universitario Fernando Troconis.

La terminación de los procesos implica el cese de las actividades desarrolladas por los asociados fundamentadas en el acuerdo cooperativo de trabajo asociado y detalladas, en su caso particular, en los convenios de trabajo, suscrito en el mes de Mayo del presente año.

En consecuencia su actividad como trabajador finaliza el 30 de septiembre de 2010. Sin embargo, su calidad de Asociado a la Cooperativa de Trabajo Asociado Serviefectivos CTA se mantiene, hasta tanto se genere cualquier de las causales establecidas en la ley para su terminación.

Dado que a partir de dicha fecha no se efectuarán pagos por compensaciones, para la Cooperativa no se genera la obligación de pago de los aportes a la Seguridad Social, razón por la cual dichos pagos de aportes serán de cargo suyo en su totalidad.

Si Ud. lo desea, puede efectuar sus pagos a la seguridad social a través de la cooperativa a partir del mes de Octubre consignando el 100% de estos a la cuenta corriente del Banco de Bogotá No. 151239423, a más tardar el tercer día hábil del mes.

Cordialmente,

LORENA BARROS GIL
Serviefectivos C.T.A.

REDCARIBE.CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT: 900.244.788-7

REDCARIBE

A QUIEN INTERESE:

Certificamos que el señor(a) **CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ** Identificado(a) con cedula de ciudadanía numero 36.536.507 de Santa Marta (Magdalena) , presta sus servicios por medio de nuestra Cooperativa de Trabajo Asociado **"REDCARIBE CTA"**, en la **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS,** desde el 01 de OCTUBRE **2010** hasta la fecha; desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con una compensación mensual de 770. 000 (SETECIENTOS SETENTA MIL PESOS).

Se expide la presente certificación a petición del interesado el día 4 De Octubre 2011

Atentamente,

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT. 900.244.788-7

NACIRA BARRANCO MIRANDA
Dpto. Recursos Humanos

Cra. 50 No. 75 - 20 Of.: 202 Tel.: 3689786 - 3524935 Barranquilla - Colombia
Calle 167 No. 62-55 Tel.: 3688992 Bogotá D.C.

Soryc E.U.

NIT. 900.027.644-5

A QUIEN INTERESE

Hacemos constar que la señora, **CAFINA DE OLAVARRIA DE PEREZ,** identificada, con cédula de ciudadanía No.36.536.507 de Santa Marta (Mag), ha prestado sus servicios a esta empresa, como honorarios desde enero 11 hasta Enero 31 de 2008 y mediante los siguientes contratos de trabajo, comprendidos dentro de las siguientes fechas:

Auxiliar de Enfermería, en el HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

Fecha de Ingreso	Fecha de Terminación
Mayo 14 de 2007	Junio 30 de 2007
Septiembre 1 de 2007	Diciembre 31 de 2007
Febrero 1 2008	Diciembre 31 de 2008
Enero 13 de 2009	Actualmente

Actualmente devenga un sueldo promedio mensual de SETECIENTOS Y OCHO MIL TRESCIENTOS PESOS ($758.300).

Se expide el presente certificado a solicitud del (a) interesado (a) a los Treinta (30) días del mes de Marzo de 2009.

Soryc C. E.U.

NIT. 900.027.644-5

Marcelys Perez S.

MARCELYS PEREZ SANTOS
Recursos Humanos

Calle 76 No. 42-78
Teléfonos: 3560275 - 3688791 Cel: 310 7280464 - 310 7284528
E-mail: soryc_eup@yahoo.es
Barranquilla, Colombia

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT: 900.244.788-7

REDCARIBE

A QUIEN INTERESE:

Certificamos que el señor(a) **CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ** identificado(a) con cedula de ciudadanía numero 36.536.507 de Santa Marta (Magdalena) , presta sus servicios por medio de nuestra Cooperativa de Trabajo Asociado **"REDCARIBE CTA"**, en la **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS,** desde el 01 de OCTUBRE **2010** hasta la fecha; desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con una compensación mensual de 770. 000 (SETECIENTOS SETENTA MIL PESOS).

Se expide la presente certificación a petición del interesado el día 4 De Octubre 2011

Atentamente,

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT. 900.244.788-7

NACIRA BARRANCO MIRANDA
Dpto. Recursos Humanos

ServiEfectivos
C. T. A.



Nit. 900 - 076338-6

Santa Marta, Septiembre 13 de 2010

Señor (a):
OLVARRIA DE PEREZ CAFINA DE JESUS
Ciudad

Cordial saludo.

Por medio de la presente nos permitimos informarle que el contrato de prestación de servicios suscrito entre el HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS y la COOPERATIVA DE SERVICIOS EFECTIVOS SERVIEFECTIVOS C.T.A, termina sus efectos jurídicos el día 30 de septiembre del presente año, tal como se encuentra estipulado en dicho contrato, generando en consecuencia la terminación de los procesos que la Cooperativa venía desarrollando con sus trabajadores asociados en el Hospital Universitario Fernando Troconis.

La terminación de los procesos implica el cese de las actividades desarrolladas por los asociados fundamentadas en el acuerdo cooperativo de trabajo asociado y detalladas, en su caso particular, en los convenios de trabajo, suscrito en el mes de Mayo del presente año.

En consecuencia su actividad como trabajador finaliza el 30 de septiembre de 2010. Sin embargo, su calidad de Asociado a la Cooperativa de Trabajo Asociado Serviefectivos CTA se mantiene, hasta tanto se genere cualquier de las causales establecidas en la ley para su terminación.

Dado que a partir de dicha fecha no se efectuarán pagos por compensaciones, para la Cooperativa no se genera la obligación de pago de los aportes a la Seguridad Social, razón por la cual dichos pagos de aportes serán de cargo suyo en su totalidad.

Si Ud. lo desea, puede efectuar sus pagos a la seguridad social a través de la cooperativa a partir del mes de Octubre consignando el 100% de estos a la cuenta corriente del Banco de Bogotá No. 151239423, a más tardar el tercer día hábil del mes.

Cordialmente,

LORENA BARROS GIL
Serviefectivos C.T.A.

Vía 40 No. 69 - 138 Segundo Piso
PBX: 3102525 - 3689340 - 3690644 Cel: 3187123493
E-mail: serviefectivos_colombia@yahoo.com
Barranquilla - Colombia

Julio Agosto - 2007

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS A TERMINO DEFINIDO

DATOS DEL CONTRATANTE

RAZON SOCIAL O NOMBRE	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GESTIONAR "COOGESTIONAR"	NIT C.C.	900.039.023-3
REPRESENTADO POR	HUGO FIGUEROA BULA	C.C.	15.043.748

DATOS DEL CONTRATISTA

CONTRATISTA			
REPRESENTADO POR	CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ	C.C.	36536507

OBJETO: El contratista identificado anteriormente mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Santa Marta, desempeñara sus funciones como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en las instalaciones de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS de la ciudad de Santa Marta.

ESTIPULACIONES:

1. Este contrato se suscribe en consideración a la trayectoria vigente por parte del contratista, este último no estará sometido a subordinación de carácter laboral respecto a la Empresa contratante, por cuanto las instrucciones y cronogramas que se le impartan, se ciñen a las necesidades propias de la actividad contratada y responsabilidad que le incumbe a la contratista.
2. La duración de este contrato se entiende convenida por la duración de la labor encomendada del 01 al 31 de Agosto de 2007. Este contrato en ningún caso podrá ser objeto de cesión total o parcial por parte del contratista.
3. La empresa contratante pagará al contratista a título de concepto de honorarios, la suma mensual de **$496113 M/CTE.** más IVA y el valor de AUXILIO DE MOVILIZACON PARA FACILITAR LA GESTION por valor de **$496113 M/CTE.** los cuales no constituirán salarios ni prestaciones sociales.
   PARAGRAFO: Los pagos correspondientes se producirán dentro de los quince (15) dias siguientes a la presentación de la factura de cobro, sobre los valores facturados se efectuará las retenciones de ley.
4. Este contrato podrá ser terminado mediante acuerdo expreso de los intervinientes. Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad que deriva por el ejercicio de sus funciones.
5. **SANCION PENAL:** El incumplimiento de una o varias de las cláusulas estipuladas en el presente contrato por parte del contratista dará derecho al contratante a imponer una sanción equivalente al 10% de valor del contrato. Esta cláusula será aplicada sin ser sometida a la cláusula de solución de controversias contractuales. Los valores derivados de glosas, descuentos o sanciones derivadas del presente contrato por la entidad a la que prestaran el servicio será asumida por el contratista de manera total.
6. El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquiera otro contrato verbal o escrito celebrado por las partes con anterioridad. Las modificaciones que se acuerden al presente contrato se anotarán a continuación de su texto.
7. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y acuerdo a la legislación cooperativa, a las normas que de ella hacen parte y a los estatutos y regimenes de la cooperativa Coogestionar, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social en cuanto a los contratos de prestación de servicios suscritos entre la cooperativa y personal no asociado a ella.
8. Mecanismo para la solución de Controversias contractuales: Las partes dirimirán que se susciten en ocasión de la actividad contractual, agotando inicialmente el arreglo directo o en su defecto de manera obligatoria la conciliación prejudicial

Este camé 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: Cefeimo de Jesus

Apellidos: Olivarria de Perez

Documento de identidad: C.C. ~~T.I.~~ Pasaporte No. 36536.507

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 01 Año 1959

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2		03215090	
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

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	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-15 10:21

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CAFINA	DE JESUS	OLAVARRIA	DE PEREZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36536507

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	HUJMB

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.000.000,00

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	$18.000.000,00

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 [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

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.

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:

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:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36536507
NOMBRES Y APELLIDOS	Olavarria De Perez,Cafina De Jesus
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Olavarria De Perez,Cafina De Jesus, a los 07 días del mes de junio del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.536.507**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 8 de Junio del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ** con **CC** No. **36536507**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/06/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/08/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301016138791.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de junio de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ																Sexo			
																F	X		

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36536507	SANTA MARTA	13/07/1977

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				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
5	1	1959	SANTA MARTA	MANZANA J CASA 10 VILLA DE ALEJANDRIA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
ipa_olame@hotmail.com	3014262951	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				8	6	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICA CON INTERNACION

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
E.S.E HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?		ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
KRA 14 #23-12	SANTA MARTA	ALCACERES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

		Total Egresos mensules 1.800,00	
Otros Ingresos Mensules 1.800,000		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas 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 ilicitas 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.

Cafina Olavarria

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):

Powered by CamScanner