HUJMB
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Cristela Esther Llanes Identificado con Cédula No. 39047624 y Profesión Auxiliar de enfermería **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

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

Escaneado con CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.047.629

LLANES CHURIO
APELLIDOS

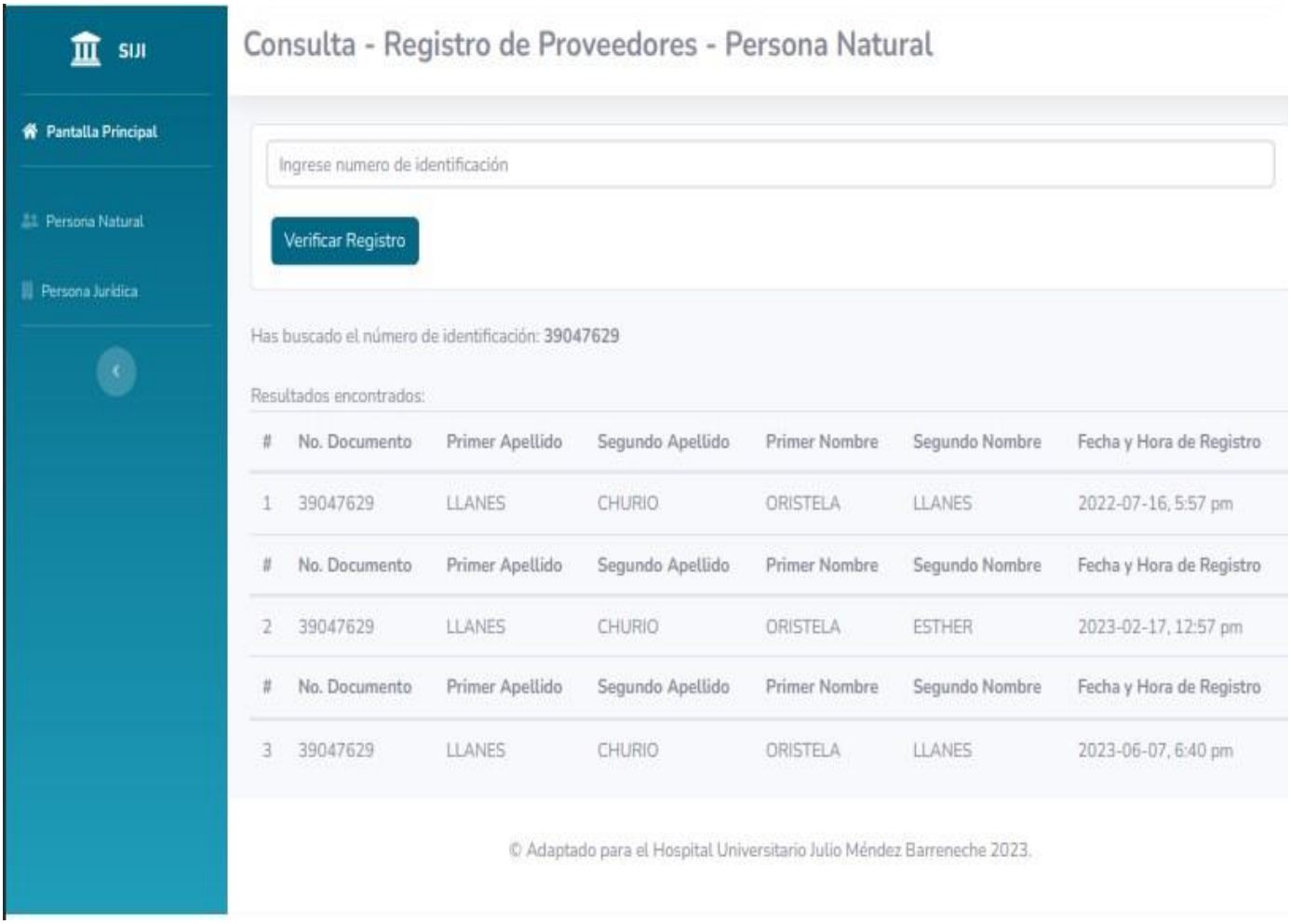
ORISTELA ESTHER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1979
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-OCT-1997 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALMABERTO RESTREPO DEL

0-1003805113986 1-F-0039047629-20051121 0182805325B 02 177837192


SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificación
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 39047629
Resultados encontrados:
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 39047629 LLANES CHURIO ORISTELA LLANES 2022-07-16, 5:57 pm
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
2 39047629 LLANES CHURIO ORISTELA ESTHER 2023-02-17, 12:57 pm
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
3 39047629 LLANES CHURIO ORISTELA LLANES 2023-06-07, 6:40 pm
© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS

CODIGO: GJC18F
VERSION: 02
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023
PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) Cristela Esther Llanes Churio identificado con C.C./C.E./P.P No. 37047629 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.

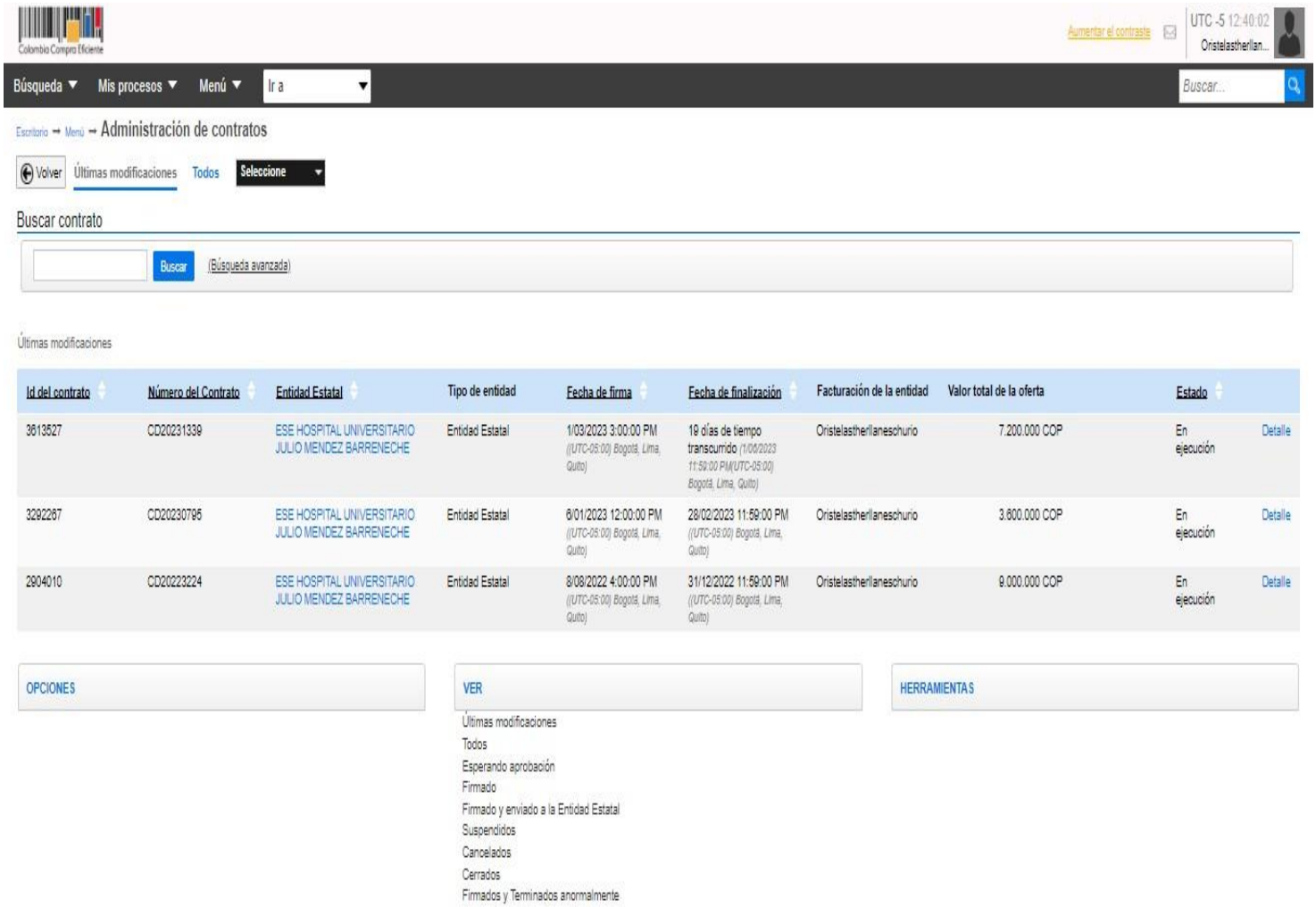
Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, 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 _____ del mes de septiembre de 2023.

Firma
Nombre Cristela Esther Llanes Churio
Cédula 37047629

COPIA CONTROLADA

Escaneado con CamScanner


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 12:40:02
Oristelastherllan...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
3613527
CD20231339
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Entidad Estatal
1/03/2023 3:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
19 días de tiempo transcurrido (1/06/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Oristelastherllaneschurio
7.200.000 COP
En ejecución
Detalle
3292267
CD20230795
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Entidad Estatal
6/01/2023 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
28/02/2023 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Oristelastherllaneschurio
3.600.000 COP
En ejecución
Detalle
2904010
CD20223224
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Entidad Estatal
8/08/2022 4:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
31/12/2022 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Oristelastherllaneschurio
9.000.000 COP
En ejecución
Detalle
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS

Santa marta

Señor

German Gaviria Vargas

Cordial Saludo

Por medio de la presente me dirijo a usted respetuosamente, para presentar mis servicios ante esta entidad como Auxiliar de Enfermería, es de mi interés colaborarles y apoyarlos en los distintos objetivos de forma eficiente y eficaz, así poder contribuir, en las metas y objetivos, propuestas en dicha entidad de salud.

Agradezco todo su apoyo,



Firma_____

CC: 39047629

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14514369447

(415)7707212489984(8020) 000001451436944 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 9 0 4 7 6 2 9	7	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 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 9 0 4 7 6 2 9	1 9 9 7 1 0 1 4

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
LLANES	CHURIO	ORISTELA	ESTHER

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: CR 5 6 43 BRR HOLAYA HERRERA

42. Correo electrónico: omardelahoz81@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 2 3 8 6 4 6 7	4 2 0 7 3 7 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
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 0 0 0 1 0 3							

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 21

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

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
Llanes	Churio	Oristela Esther

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39047629

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 25 MES 06 AÑO 1979

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CARRERA 5A A SUR - kra 5 # 6-43

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: oristelallanes@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN 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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4365007	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	14	Mes	10	Año 2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA ADMINISTRACION DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 14 - 23 42 OESTE los alcasares					

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	2	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	7

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. (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 8 junio 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI 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

REPUBLICA DE COLOMBIA

LA

CORPORACION EDUCATIVA DE LA COSTA ATLANTICA

SANTA MARTA - MAGDALENA

Aprobado de 6°. A 11°. Según Resolución No. 626 Del 9 de Noviembre de 1998
Emanadas de La Secretaría de Educación del Departamento del Magdalena

CONFIERE A:

ORISTELA E. LLANES CHURIO

Identificado(a) con C.C No. 39.047.629 de Santa Marta

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación media académica, según los planes y programas vigentes

Rector (a)

Secretario (a)

Dado en Santa Marta, a los ___ Dias del mes de Diciembre de 1998

En nombre de la República de Colombia
Y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional

La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital
Según Resolución No 108 del 18 de Febrero de 1997 Y 411 de 2000

En atención a que

ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO

Identificado/a/ con C.C. 39.047.692 expedida en la ciudad de Santa Marta/Magd./

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación no formal conforme a la norma reglamentada por el decreto 114 de 1.996 articulo 13.

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico En:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Intensidad Horaria 2400 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta.
El día 28 del mes de Febrero del año 2003 Acta de Grado No 0173

Director (a)

Coordinador Académico

Coordinador Programa

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

Aprobación Oficial No. 108 del 18 de febrero de 1997 Y 411 Del 6 De Septiembre De 2000

ACTA DE OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS No 0173

En la ciudad de santa marta, departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:00 PM del día 28 de Febrero de 2003, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de aptitud ocupacional como técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A : ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la institución y Cuerpo Docente.

Numero de horas 2400 Horas

Para constancia se firma la presente acta en el numero de copias que ordena el reglamento académico

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

Escaneado con CamScanner

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

RESOLUCIÓN No. 47-0798

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

CONSIDERANDO:

Que, **ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO** identificada con cédula de ciudadanía N° **39.047.629**, ha solicitado el registro de su TITULO de **TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó: LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA "CETECOS", según Acta de certificación No.**0173** , de fecha 28 de febrero de 2003.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO** para ejercer la profesión de **TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

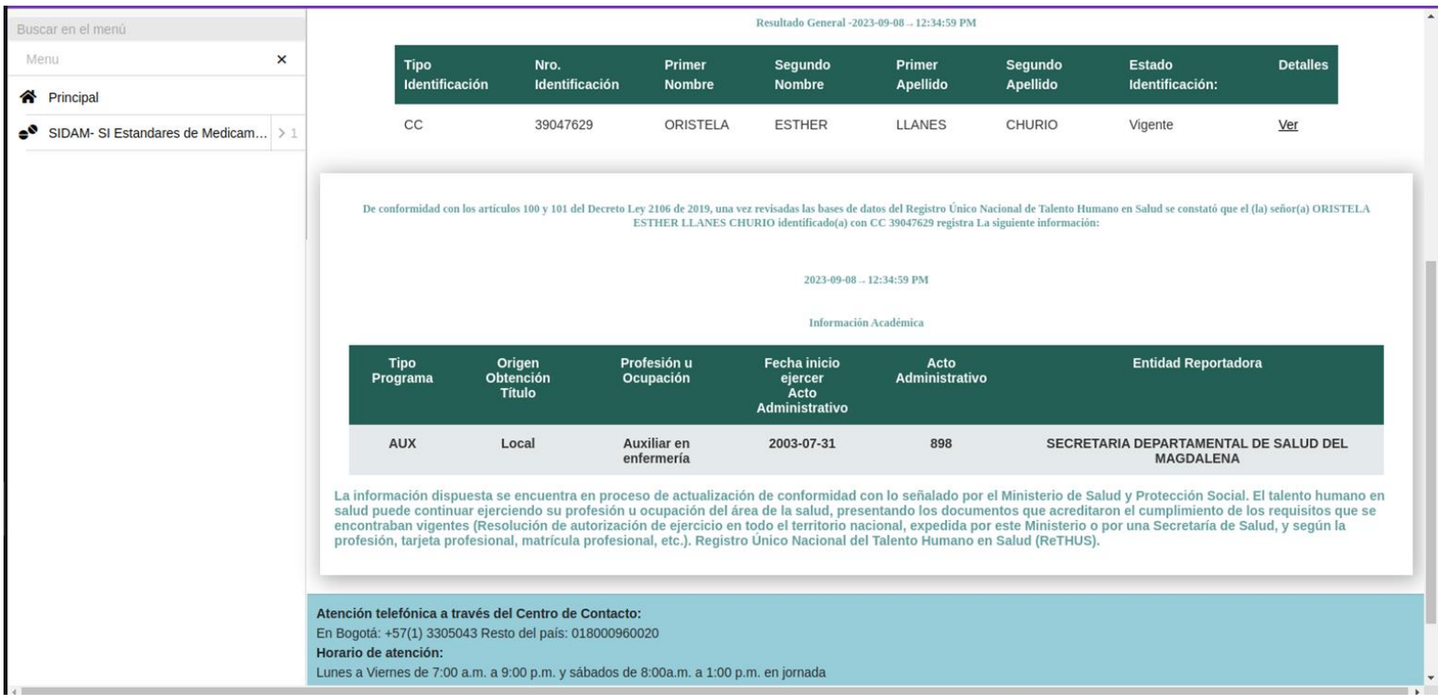
Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 31 JUL 2003

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

Proyectado por MARYNELA FLOREZ

PARA PROGRESAR EN SERIO


Buscar en el menú
Menu
Principal
SIDAM- SI Estandares de Medicam…
Resultado General -2023-09-08 - 12:34:59 PM
Tipo Identificación
Nro. Identificación
Primer Nombre
Segundo Nombre
Primer Apellido
Segundo Apellido
Estado Identificación:
Detalles
CC
39047629
ORISTELA
ESTHER
LLANES
CHURIO
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) ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO identificado(a) con CC 39047629 registra La siguiente información:
2023-09-08 - 12:34:59 PM
Información Académica
Tipo Programa
Origen Obtención Título
Profesión u Ocupación
Fecha inicio ejercer Acto Administrativo
Acto Administrativo
Entidad Reportadora
AUX
Local
Auxiliar en enfermería
2003-07-31
898
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).
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

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ORISTELA ESTHER LLANES CHURRIO

C.C. 39047629

por haber asistido y aprobado el curso:

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

Realizado en modalidad virtual **del 01 al 03 de Septiembre de 2020,**
con una intensidad horaria 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

IMG-20200905-WA0047.jpg

7/9/2020

1/1

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/QgrcJHrtjpqHCpCPRtjtjbNdLpdSzZVrCFq?projector=1&messagePartId=0.1

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

Oristela Esther Llanes Churio

c.c. 39047629 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2022-11-27
Fecha de vencimiento: 2024-11-27

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

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

Oristela Esther Llanes Churio

CC 39047629 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.

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

Fecha de emisión: 2022-12-01
Fecha de vencimiento: 2024-12-01

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Oristela Esther Llanes Churio

c.c. 39047629 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: 2022-11-29

Fecha de vencimiento: 2024-11-29

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

ING. SOLANLLY COVALEDA	DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO	ROSA GUZMAN
Representante Legal.	Jefe de Enfermeria TP 3208 Docente.	ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano Docente Especialista

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S
NIT: 901127782-6
Lic. Salud ocupacional 0460

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 14/09/2023 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Nombres y Apellidos: Oristela Esther Llanes Churio
Cédula: 39047629
Sexo: F
Edad:44 Años
Labor a Desempeñar: Auxiliar de enfermería
Celular:3002386467
Correo Electrónico: oristelallaneschurio@gmail.com

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación en video llamada, se procede a realizar examen y verificación de datos. por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso del visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes para atender sus pacientes. Acatando medidas frente a los Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como CoviD-19, Otros Virus y Bacterias.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: ○ HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE ○ PAUSAS ACTIVAS ○ USO DE EPP ○ CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.
La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud. Evaluada por teleconsulta decreto 358 del 2020–telemedicina resolución 2654 de 2019 artículo 2 de la ley 1419 de 2010



SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

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

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

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

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

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección:AVENIDA LIBERTADOR Nº 25-55 - Telefono(s):4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico:saluddistrital@santamarta.gov.co

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

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

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno MinSalud_PS:140403155

Versión 3.0.

HERES
SALUD LTDA.
NIT. 819.004.134 - 8

Somos Tu Luz de Esperanza !

Atención Médica Integral • Medicina Interna • Cardiología
Sicología • Nutrición • Trabajo Social • Laboratorio Clínico
Enfermería • Atención a Domicilio

SE DA CONSTANCIA QUE

La señora **ORISTELA ESTHER LLANES CHURRIO,** *identificada con* cédula de ciudadanía No. 39.047.629 de Santa Marta, presto sus servicios en esta Institución en la modalidad por eventos a domicilio como AUXILIAR DE ENFERMERIA, durante el periodo de 1 de Junio de 2012 a 18 de Agosto de 2018.

La presente constancia se expide a solicitud de la parte interesada en Santa Marta, hoy miércoles (19) de Septiembre de 2018.

Atentamente,

Paola Romero Rincon
Recursos Humanos

39047627

Calle 22 No. 17A - 62 • Tel.: (095) 420 0800 Telefax: (095) 420 1279 • Cel.: 315 760 4041
E - mail: info@heresips.com.co
www.heresips.com.co • Santa Marta, D.T.C.H. - COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

Home Salud
• Asistencia Médica Integral Domiciliaria •

C E R T I F I C AMOS

Que la señora **ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 39.047.629 de Santa Marta, sostuvo Contrato Civil de Prestación de Servicios Técnicos de carácter independiente como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** con nuestra empresa ,demostrando ser una persona respetuosa, responsable y cumplidora de su deber.

Se expide esta certificación por solicitud del interesado a los veintiocho (28) días del mes de Marzo de Dos Mil Once (2011)

Linda Lahud de Kalil
Dilección de Recursos Humanos
Home Salud y Cia S.A.
Nit 830.063.394
PBX 2360221 ext.104

Home Salud

Escaneado con CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 39047629 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 08/09/2023 11:48 AM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificado de Vacunación

Institución: _____

Nombre: Cristela Nanes Chirrio

Identificación: 39049629 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Fiebre amarilla	Unica	05/10/19	3AA233	
FA	Unica	05/10/19	B324614	
HB	1	08-10-19	U1X190131	

Caja de Seguro Social

Vacuna	Recomvax B (Hep B Vac, Adults) 1 dosis	Firma Vacunador
	Lot No: U1X190131 MANUF: 03 Jan. 19 EXP: 02 Jan. 22	

SIPCO SAPAS 18.07.0081

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	2023-09-20 15:08

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ORISTELA	ESTHER	LLANES	CHURIO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	39047629

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	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$1.800.000,00

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

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

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:

STAMARTA, Septiembre 8 de 2023

Señora:
LLANES CHURIO ORISTELA ESTHER
CC. 39047629
CR 5 NRO 6 43. - 4207306
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 2 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
LLANES CHURIO ORISTELA ESTHER	39047629	C	Ago-2-2021	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
DE LA HOZ LLANES DAVIS DEL PIERO	1082920648	T	Ago-2-2021	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
DE LA HOZ LLANES THIAGO	1083023428	T	Ago-2-2021	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	39047629	Dependiente	CERRADO
ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO	39047629	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LLANES CHURIO ORISTELA ESTHER** identificado(a) con **CC** número **39.047.629** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de septiembre de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023090812534

HUMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO FIN-C-RF VERSION 0 0 2 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1 0 / 1 2 / 2 0 2 1

Ciudad	Oficina	Fecha de Vinculacion
Santa Marta	Kra 5ta calle 6-43	

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo			
Cristela Esther Llanes Churrio												M		F	
Tipo de Documento									Numero		Expedido en	Fecha de Expedicion			
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP	39047629		Santa Marta	10/14/1997			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel de ducativo				Nro Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona de Residencia	
Soltero	Casado	Divorciado	Union libre		Viudo	Primaria	Bachiller	Tecnico	Universitario		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
	X							X					X		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio Ciudad			Departamento	
DD	MM	AA				Kra 5ta calle 6-43					Santa Marta			Magdalena	
Correo Electronico											Nro Celular			Telefono	
Cristellanes@gmail.com											3002396467				
Ocupacion (Seleccionar)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado							
Detalle Actividad Comercial											Descripcion de CIIU				
Notario															

1.1 USO DE ICUSNO EN EL CASO DE MENOR DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal							Numero	
	C.C.				P.P.			

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio							Cargo			
	Publica	X	Privada		Mixta		Otra cual?			
Direccion de empresa o negocio						Ciudad		Barrio		Nro Telefono
Cra 14 # 23-42						Santa Marta		Alcazares		
Maneja dinero del Estado o entidad equivalente publica nacional?								SI		NO

3. INFORMACION FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.800.000			Total Egresos mensuales 1.800.000				
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos 1.800.000			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declaración de renta?		SI		NO
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/o Ostenta algun grado de poder publico segun la denominación Publico?							
No							
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?							
No							
Declaro que el origen de los fondos consignados en mi cuenta y/o activos provienen de:							
Mi salario como auxiliar de enfermeria							

4. AUTORIZACION Y DECLARACION ES

1. Declaro y autorizo en forma irrevocable a la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendoza Barrenech a solicitar, verificar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera a cualquier operador, Centrales de Información Crediticia, Entidad Financiera o cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de la operación que celebro con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendoza Barrenech, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con la de habeas data y de protección de datos personales. La anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento en las merencias aquí descritas en bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro como sujeto de la actividad financiera con ello, generan efectos frente a mi comportamiento crediticio, obligaciones.
2. Declaro que: 1) mi compromiso es actualizar anualmente, y cuando exista un cambio en mi información, o cuando la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendoza Barrenech lo requiera, a suministrar y presentar la documentación requerida para la actualización de la información de cada uno de los productos que tenga o llegue a tener con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendoza Barrenech, dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud que para el efecto realice la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendoza Barrenech, 2) mi información financiera corresponde a la declaración de renta del año inmediatamente anterior, 3) mi información financiera corresponde a la certificación expedida por mi contador público, 4) mi información financiera corresponde a mis estados financieros internos, 5) mi información financiera corresponde a mis estados financieros auditados, 6) mi información financiera corresponde a mis estados financieros consolidados, 7) mi información financiera corresponde a mis estados financieros consolidados auditados, 8) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de apertura, 9) mi información financiera corresponde a mis estados financieros proforma, 10) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de fusión, 11) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de escisión, 12) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de liquidación, 13) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de transformación, 14) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de disolución, 15) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización, 16) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reestructuración, 17) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 18) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 19) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 20) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 21) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 22) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 23) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 24) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 25) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 26) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 27) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 28) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 29) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 30) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 31) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 32) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 33) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 34) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 35) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 36) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 37) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 38) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 39) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 40) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 41) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 42) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 43) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 44) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 45) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 46) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 47) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 48) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 49) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 50) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 51) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 52) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 53) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 54) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 55) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 56) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 57) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 58) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 59) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 60) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 61) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 62) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 63) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 64) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 65) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 66) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 67) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 68) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 69) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 70) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 71) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 72) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 73) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 74) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 75) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 76) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 77) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 78) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 79) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 80) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 81) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 82) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 83) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 84) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 85) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 86) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 87) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 88) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 89) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 90) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 91) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 92) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 93) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 94) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 95) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 96) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 97) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 98) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 99) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial, 100) mi información financiera corresponde a mis estados financieros de reorganización empresarial.

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo

Cristellanes

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento