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

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ULTIMA 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,** Carmen Montero Méndez, identificado con Cédula No. 57413601 y Profesión Aux 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: Carmen Montero Méndez

	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://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (**Pantallazo**)	✓	
6	Propuesta de Servicios (**Mes Actual**)	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		✓
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		✓
9	RUT - Registro Único Tributario (**Año 2023**)	✓	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (**Actualizada Mes Actual**)	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (**fecha vigente – Mes Actual**).		✓
13	Convalidación de 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/	✓	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.413.601

APELLIDOS MONTERO MELENDEZ

NOMBRES CARMEN CECILIA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1965

CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-ABR-1987 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

A-2101600-51150811-F-0057413601-20081013 0224606284A 02 208405805

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57413601**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57413601	MONTERO	MELENDEZ	CARMEN	CECILIA	01/09/21

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

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) Carol Paulina Peluffo Peluffo identificado con C.C./C.E./P.P No. 57413601 expedida en Ciénaga, 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 8 del mes de septiembre de 2023.

Firma Carol Paulina Peluffo
Nombre Carol Paulina Peluffo
Cédula 57413601 ega

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Carga	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
nombre	CARMEN CECILIA
Apelidos	MONTERO MELÉNDEZ
Fecha de nacimiento	31/12/1965 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
nombre y apellido	CARMEN CECILIA MONTERO MELÉNDEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	57413601
Dirección	MANZANA 3 CASA 39 URBANIZACION CURINCA
codigo postal	47001
estrato	3
Ubicación	santa marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	carmenceciliamonteromelendez@gmail.com
Teléfono	
celular	3002274213
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

configuración

zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
configuracion regional	Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
respuesta	3002274213
SMS para recuperar la contraseña	3002274213

Editar

D.T.C.H. de Santa Marta, 8 de septiembre 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Ciudad.-

Cordial saludo:

A solicitud de su respetada institución, yo Carmen Montero Melendez, Identificada con la C.C No 57413601 de Ciénaga, le solicito a usted me permita ingresar como Aux de enfermería dentro del área de Psiquiatría. Espero reunir las condiciones necearías para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,

Carmen Montero

C.C No 57413601 de Ciénaga

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14246669334

(415)7707212489984(8020) 000001424666933 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 1 3 6 0 1	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	5 7 4 1 3 6 0 1	1 9 8 7 0 4 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONTERO	MELENDEZ	CARMEN	CECILIA

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 E 1 CA 40 URB CURINCA

42. Correo electrónico

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 7 0 4 6 0 3 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 5 1 1 0 1						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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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: 2 61. Fecha 2013 - 06 - 25

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 IGLESIAS MARQUEZ MAXIMILIANO DE JESUS
985. Cargo Gestor II

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
Montero	Melendez	Carmen Cecilia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57413601

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 31 MES 12 AÑO 1965

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CIÉNAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

mza E1 casa 39 casa urbanizacion curinca

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3002274213 EMAIL carmenceciliamonteromelendez@g

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		AÑO	
										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			10	1996	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3002274213	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	SERVICIO DE PSIQUIATRIA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2019

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	Sin dirección

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
REDCARIBE CTA.		X	COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3689786	*Día*	14	*Mes*	03	*Año*	2011	*Día*	11	*Mes*	10	*Año*	2011

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA		CARRERA 50 N 75 20

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.			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3688791	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2007	*Día*	15	*Mes*	04	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 76 N 42 78					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - INSECAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2005	*Día*	03	*Mes*	10	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* av del libertador # 14 - 52					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DROGUERIA - CENTRO MEDICO - POLICLINICA CAPRI			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	03	*Año* 1993	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	1996
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

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	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	7

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

CARMEN CECILIA MONTERO MELENDEZ

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

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
MAGDALENA
Reconócese este Título para todos los efectos legales.
Santa Marta XII - 5 - 1996
Resolución No. 3352

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

"Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

Carmen Cecilia Montero Meléndez

Titular de la C.C. #57.413.601 expedida en Ciénaga

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 CESMAG

Director del Servicio Seccional de Salud

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 fin 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 11 de 1969. 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 : CARMEN CECILIA MONTERO MELENDEZ

Cc. No. 41.601 de CIENAGA (MAGDALENA).

En fiel copia de su original, fecha OCTUBRE 3 de 1.996 que consta de 29 folios, los cuales comienzan con el nombre de : SOCORRO JUDITH BARRIOS BERRIO

y terminan con el nombre de : MIRNAIDA JUDITH ZAMBRANO GARCIA

Firmado y sellado por HUGO DE JESUS PEREZ NAVARRO Director

y MARUELYS BALCAZAR VALDERRAMA Secretaria.

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

Firmado y sellado

HUGO DE J. PEREZ NAVARRO
Dirección

MARUELYS BALCAZAR VALDERRAMA
Secretaria

República de Colombia

El Servicio Nacional de Aprendizaje "Sena"

Certifica

Que: MONTERO MELENDEZ CARMEN CECILIA

Posee habilidades y conocimientos para desempeñarse como:

AUXILIAR DE GERONTOLOGIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"
Regional Magdalena
SUBDIRECCION DE FORMACION PROFESIONAL
Y PROMOCION SOCIAL

Superintendente

SANTA MARTA, 17-12-93
Ciudad y fecha de expedición

Registro y Certificación

940022-9-05-93
No. y fecha de registro

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DEL CARIBE LTDA.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS.

Hacen constar que

CARMEN MONTERO MELENDEZ

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

Universidad del Magdalena

CAPACITACIÓN "ACTUALIZACIÓN DE CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL"

Certifica que:

Carmen Montero

Ha participado en calidad de asistente en la CAPACITACION ACTUALIZACION DE CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL con una intensidad de 24 horas, que se llevó a cabo del 3 al 29 de noviembre de 2015 en el hospital Fernando Troconis, Santa Marta D.T.C.H.- Colombia.

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ
Directora del programa de Enfermería
Universidad del Magdalena

TATIANA GONZALEZ NOGUERA
Docente asociada Universidad del Magdalena

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 3382 DE 19___

"... la cual se concede una Inscripción y Registro"

... SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus Atribuciones ... y ..., en los conferidas en los Decretos, y Leyes 055 de 1975, 121 de ... 00211 del 15 de Junio de 1989 y,

CONSIDERANDO:

... MELENDEZ, identificada con la Cédula de ciudadanía No. 57.413.601, ... ha Solicitado el Registro de Inscripción de su Certificado de ... MARTA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA ... DE SANTA MARTA, el 3 de Octubre de 1.996.

RESUELVE

... ordenarse a Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos del ... de Salud del Magdalena, a CARMEN MONTERO MELENDEZ, para ejercer la ... TOR DE ENFERMERIA..

COMUNIQUESE Y CUMPLASE:

... 1998

... QUEREZ
...

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Madicamentos

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

6427

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-05-15→9:57:37 AM -2023-05-15→10:18:31 AM -2023-05-15→10:32:01 AM -2023-05-15→10:46:26 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57413601	CARMEN	CECILIA	MONTERO	MELENDEZ	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) CARMEN CECILIA MONTERO MELENDEZ identificado(a) con CC 57413601 registra La siguiente información:

2023-05-15→10:46:26 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	1996-12-05	3352		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).

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

CARMEN CECILIA MONTERO MELENDEZ

Cedula de Ciudadanía N° 57.413.601

Asistió y aprobó el curso de:

PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Santa Marta el 27 de Noviembre del 2021

Firma y RUN del Instructor
Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo: gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 324-300-3509

Código de Verificación: AVVS213443-3454

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Consultor Integral En Salud

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

CERTIFICA QUE:

CARMEN CECILIA MONTERO MELENDEZ

Cedula de Ciudadanía N° 57.413.601

Asistió y aprobó el curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Lineamientos de las guías AHA 2020

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Santa Marta el 5 de Diciembre del 2021

Adriana Ormeño Villar
Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Firma y RUN del Instructor

Validez 2 Años

Mónica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo:
gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 324-300-3509

Código de Verificación: CSVBR211128-1239

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

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

Carmen Cecilia Montero melendez

CC 57413601 de Cienaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo
con un total de 60 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

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

Carmen Cecilia Montero melendez

CC 57413601 de Cienaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 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

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

Carmen Cecilia Montero melendez

CC 57413601 de Cienaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de competencias esenciales para el cuidado del donante con un total de 60 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

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

Carmen Cecilia Montero melendez

CC 57413601 de Cienaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto 1033 de 2014.
con un total de 100 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

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



Fecha: 13/Dic/2022, **Hora:** 02:47:13 p.m.
Apellido: Montero Melendez **Nombre:** Carmen Cecilia
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 57413601
Empresa: Particular
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Urb Curinca Mz E 1 Casa 39
Telefono: **Celular:** 3002274213 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 47 Kg **Estatura:** 156 Cm **IMC:** 19.3 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Famisanar **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

HC: # 75539
Edad: 56 años
Sexo: Femenino
Nacim: 31/Dic/1965
Rh: B+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

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

Carmen Cecilia Montero Melendez
CC 57413601

Huella
Digital

Powered by CamScanner

NIT. 900.027.644-5

A QUIEN INTERESE

Hacemos constar que la señora, CARMEN MONTERO MELENDEZ identificada, con cédula de ciudadanía No.57.413.601 de Cienaga (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 FERNANDEZ TRONCONIS.

Fecha de Ingreso	Fecha de Terminación
Septiembre 1 de 2007	Diciembre 31 de 2007
Febrero 1 de 2008	Diciembre 31 DE 2008
Enero 13 de 2009	Actualmente

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

Se expide el presente certificado a solicitud del (a) interesado (a) a los Quince (15) días del mes de Abril de 2009.

NIT. 900.027.644-5

MARCELYS PEREZ SANTOS
Recursos Humanos

Calle 76 No. 42-73
Teléfonos 3560275 - 3886791 Cel. 310 7580464 - 310 7234520
E-mail: soltyc_esp@yahoo.es
Barranquilla, Colombia

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 57413601 **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 14/09/2023 02:46 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Carmen Cecilia

Apellidos: Montero Melendez

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No 41360[illegible]

Fecha de nacimiento: Día 31 Mes 12 Año 1963

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	08/16	1004	[illegible]
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1		0404/26	
	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			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20/4/25	L10:43t	
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	2023-02-16 08:49

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARMEN	CECILIA	MONTERO	MELENDEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	57413601

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	CIENAGA

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	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	$1.800.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$3.600.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$5.000,00

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 [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROQUE		ZARATE	MARQUEZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 12616530

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:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARMEN CECILIA MONTERO MELENDEZ identificado con CC 57413601 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: **01/04/2020**

IPS Cotizante: **CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA**

Categoría: **A**

Estado: **ACTIVO**

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
ROQUE ZARATE MARQUEZ	CC 12616530	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA	BENEFICIARIO	01/04/2020	ACTIVO
DANIELA MILENA ZARATE MONTERO	CC 1004359514	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA	BENEFICIARIO	01/04/2020	ACTIVO

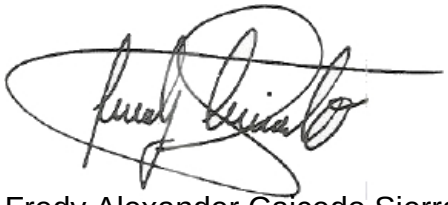
La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 06 días del mes de septiembre del año 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

CARMEN CECILIA MONTERO MELENDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.413.601**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 6 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	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

CARMEN CECILIA MONTERO MELENDEZ														Sexo			
														F	X		

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	57413601	CIENAGA MAGDALENA	8/04/1987

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		3	X				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
31	12	1965	CIENAGA MGDALENA	URBANIZACION CURINCA MANZANA E A1 CASA 39	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
carmenceciliamonteromelendez@gmail.com	3002274213	

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 lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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



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