HUJMB Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: G/C32F 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, Anilcy Carina Rivadeneira Alfaro identificado con Cédula No. 39.169.362 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: Anilcy Rivadeneira

	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://sgi.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 Título **(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 39.049.362
RIVADENEIRA ALVAREZ

APELLIDOS
ANILCY CARINA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-1980
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 A+ F
ESTATURA G.S. (RH) SEXO

25-MAR-1998 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2100100-00125041-F-0039049302-20081106 0000301020A 1 0450000502

SUI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **39049362**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	39049362	RIVADENEIRA	ALVAREZ	ANILCY	CARINA	2022-03-06, 2:42 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	39049362	RIVADENEIRA	ALVAREZ	ANILCY	CARINA	2023-02-08, 2:15 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	39049362	RIVADENEIRA	ALVAREZ	ANILCY	CARINA	2023-09-07, 2:08 pm

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) Anilcy Carina Rivadeneira Alvarez identificado con C.C./C.E./P.P No. 39.049.362 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.hulmb.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 08 del mes de septiembre de 2023.

Firma Anilcy Rivadeneira
Nombre Anilcy Carina Rivadeneira Alvarez
Cédula 39.049.362

COPIA CONTROLADA


Descargar archivo conversión fi
Correo Soporte tecnico - Outlo
Editar Contrato
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.P...
Documentos del Proceso
Información general
Cláusulas del Contrato
Modificaciones del Contrato
Información de la Entidad Estatal contratante
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Información del Proveedor contratista

Santa Marta 2023

Dr.
GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

REF: PROPUESTA DE SERVICIOS

Yo **ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ**. Identificado con la Cedula de Ciudadanía No 39.049.362 de santa marta, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia Para lo cual pretendo prestar mis servicios de **AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.** Con alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmado las metas y objetivos encomendados por la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** esto se traducirá en el Cumplimiento de las tareas diarias Como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** donde lo requiera el Ente.
Agradeciendo su amable colaboración

Cordialmente,

ATT,

Anilcy Rivadeneira A

ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ
CC. 39.049.362 De Santa Marta

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0][2] Actualización

4. Número de formulario: 14946440101

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 9 0 4 9 3 6 2 | 6. DV: 5

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta [1 9]

14. Buzón electrónico:

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

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
RIVADENEIRA	ALVAREZ	ANILCY	CARINA

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 16 4 77 BRR VEINTE DE JULIO

42. Correo electrónico: jpra1819@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal: 46. Código 8 6 9 2 / 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 1 1 0 1 0	Actividad secundaria: 48. Código / 49. Fecha inicio actividad	Otras actividades: 50. Código 1 / 2	51. Código 5 1 3 2	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0 (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)

20- Obtención NIT

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. CIIC

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.

59. Anexos SI [ ] NO [X]

Para uso exclusivo de la DIAN

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2023 - 09 - 12 / 11 : 03 : 55

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y verás, 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: Anilcy R.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: CALERO MORIEGA MARTINA MERCEDES
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 12-09-2023 11:04:02AM

Documento Sin Validez

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Rivadeneira	Alvarez	Anlcy Carina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39049362	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCION DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 16 MES 01 AÑO 1980	CARRERA 16 4 77 CASA VEINTE DE JULIO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	LA GUAJIRA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	RIOHACHA	TELÉFONO		EMAIL	jpra1819@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998

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	0	X			08	2004	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Cursos	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	EDUCACIÓN INFORMAL	TALLER DE CAPACITACION DE REGISTRO DE BALANCE DE LIQUIDOS	11	2009
Cursos	CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA	EDUCACION INFORMAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	08	2004
Cursos	CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA	EDUCACIÓN INFORMAL	SEMINARIO RELACIONES INTERPERSONALES	11	2003

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Cursos	CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA	EDUCACIÓN INFORMAL	SEMINARIO: ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL - VIH - SIDA	11	2002
Cursos	CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA	EDUCACIÓN INFORMAL	SEMINARIO DE RELACIONES INTERPERSONALES	04	2000

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 VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	21	Mes	01	Año	2014	Día		Mes		Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN CALLE 23 14 42				
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	11	Mes	11	Año	2011	Día		Mes		Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 - 23 42 comuna 4				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD REDCARIBE C.T.A			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3689786	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	01	Mes	09	Año	2011	Día	27	Mes	10	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN CARRERA 50 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 ATLÁNTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3560275	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	07	Mes	04	Año	2008	Día	22	Mes	03	Año	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA						DIRECCIÓN CALLE 76 42 78					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD POLICLINICA CAPRI			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA						CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4210528	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	11	Mes	10	Año	2004	Día	11	Mes	01	Año	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA URGENCIA						DIRECCIÓN CALLE 11 8 21					

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	11	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	23	1

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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 UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA 2023

ANILOY RIVADENEIRA ALVAREZ

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

La República de Colombia y en su nombre:

El

Colegio Nacional "Liceo Celedón"

De Santa Marta - Magdalena

Jornada Diurna

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 1480 del 20 de Noviembre de 1941, Ley general de educación 115, decreto 1860, Artículo 11, Numeral 2 de 1994

Confiere A:

Anilcy Carina Rivadeneira Alvarez

Identificado (a) con documento de identidad C.C. No. 39.049.362 de Santa Marta

El Título de:

Bachiller Académico

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)

Santa Marta 23 de Noviembre de 1998

Anotado al Folio No. 10 Libro No. 01

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 N° 108 del 18 de Febrero de 1997
Y 411 del 6 de Septiembre del 2000

En atención a que

ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ

Identificado (a) con C.C. No. **39.049.362** 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 artículo 13.

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional y Conocimientos Académicos en Técnico:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Intensidad Horaria 2400 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta,
El día 21 del mes de Agosto del año 2004 Acta de Grado N° **0454**

Director (a)

Coordinador Académico

Coordinador Programa

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 0454

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:00 p.m. del día 21 de Agosto de 2004 se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional Técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

A:

ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales 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 el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 2400

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico.

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

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

RESOLUCIÓN No. 47- 629

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, **ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ**, identificada con cédula de ciudadanía N° 39.049.362 ha solicitado el registro de su título de TÉCNICO EN **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS. OCUPACIONAL SISTEMATIZADA "CETECOS", según acta de certificados No. 0454 de fecha 21de AGOSTO del 2004.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ**, a 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 08 SET 2004

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

LIDERAZGO SEGURIDAD Y TRANSPARENCIA

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (571) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.



CAPTCHA

0277

Verificar Registro en RoTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-09-07 - 2:22:11 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	39049362	ANLCY	CARINA	RIVADENEIRA	ALVAREZ	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) ANLCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ identificado(a) con CC 39049362 registra la siguiente información:

2023-09-07--2:22:11 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	2004-09-06	029	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 (RoTHUS).

CON EL AUSPICIO DE :

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

PNHM CIA LTDA

ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ
C.C. 39049362

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO INTEGRAL DE VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO (CÓDIGO GRIS)

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 02, 03, 04 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 36 horas.

Temario: Manejo Integral de Violencia Sexual y Género.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

FECHA SUGERIDA RENOVACION CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Diciembre de 2022

CEL +1 647 8069272 www.fppt.info

CV-202203-BLS0019

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ
C.C 39.049.362

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE B.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 04, 05 y 06 de marzo de 2022, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento marzo de 2024
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202309-AIGD0059

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ
C.C 39.049.362

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 11 de septiembre 2023, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **septiembre de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202309-AVAQ0055

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ
C.C 39.049.362

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 11 de septiembre de 2023 con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento septiembre de 2025
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 09/02/2023 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ
CC: 39.049.362 Sexo: F Edad: 43 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones y/o restricciones:

- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA
- PAUSAS ACTIVAS
- USO DE EPP

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clinica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes. El trabajador ha declarado bajo la gravedad de juramento, que los datos he suministrado para la elaboracion del presente document son veraces y que no ha omitido informacion alguna sobre su estado de salud.

No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguinea, ni molecular, test rapido)

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

Sory C E. U.

NIT. 900.027.644-5

A QUIEN INTERESE:

Hacemos constar que la señora **ANILCY KARINA RIVADENEIRA ALVAREZ,** con cedula de ciudadanía Nº 39.049.362 de Santa Marta (Magdalena), prestó sus servicios como Auxiliar de Enfermería, en el área de Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Quirúrgica y Urgencias en el Hospital Universitario Fernando Troconis, desde el 7 de Abril de 2008 hasta el 22 de Abril de 2010, desempeñando sus funciones con responsabilidad y seguridad manteniendo un comportamiento de respeto y dignidad con sus colegas, personal de la Institución y pacientes, dejando en el hospital una buena imagen como profesional y como persona.

Se expide el presente certificado a solicitud del (as) interesado(a) al segundo (2) día del mes de Junio de 2010.

Sory C. E.U.
NIT. 900.027.644-5
MARCELYS PEREZ SANTOS
Recursos Humanos

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

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT: 900.244.788-7

A QUIEN INTERESE:

Certificamos que el señor(A) **ANILCY KARINA RIVADENEIRA ALVAREZ** identificado(a) con cedula de ciudadanía numero 39.049.362 SANTA MARTA (MAGADALENA) , prestó sus servicios por medio de nuestra Cooperativa de Trabajo Asociado **"REDCARIBE CTA"**, en la **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO** desde el 01 SEPTIEMBRE 2011 hasta el 27 de Octubre 2011 desempeñando el cargo de **AUXILIAR ENFERMERIA .**

Se expide la presente certificación a petición del interesado el día 26 De Octubre 2011

Atentamente,

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT. 900.244.788-7

NACIRA BARRANCO MIRANDA
Dpto. Recursos Humanos

CAPRI
DROGUERIA
CENTRO MEDICO
POLICLINICA

El bienestar de su Salud
es el interés de nuestro servicio

A QUIEN INTERESE:

La Clínica Capri bajo la dirección del señor **JOSE AGUSTÍN RINCÓN URIBE** como gerente y la señorita **DIANA RODRIGUEZ PAUTT** como Enfermera Jefe, certifican que la señorita **ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ,** identificada con la cédula de ciudadanía No 39.049.362 de Santa Marta (MAGDALENA), desarrolló su inducción de enfermería en las áreas de Hospitalización y de Urgencias de esta institución desde el 11 de Octubre de 2004 hasta el 11 de Enero de 2005, desempeñando sus funciones con responsabilidad y seguridad, manteniendo un comportamiento de respeto y dignidad con sus colegas, personal de la Institución y Pacientes, dejando en la Clínica una buena imagen como profesional y como persona.

Este certificado se expide a los veintisiete (27) días del mes de Enero de 2004.

Atentamente,

CAPRI
CLINICA Y DROGUERIA
Agustín Rincón Uribe
C.C 19.580.370 F/Ción

AGUSTÍN RINCÓN URIBE
Gerente

DIANA RODRIGUEZ P.
Enfermera Jefe

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora **ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ,** identificada con cédula de ciudadanía **No. 39.049.362** expedida en Santa Marta, (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **196** de fecha 11 de noviembre de 2011, con fecha de ejecución del 11 de noviembre hasta el 31 de diciembre de 2011, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS DOS PESOS ($2.457.602).
2. No. **176** de fecha 11 de enero de 2012, con fecha de ejecución del 11 de enero hasta el 10 de julio de 2012, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
3. No. **791** de fecha 27 de agosto de 2012, con fecha de ejecución del 27 de agosto de 2012 hasta el 31 de octubre de 2012, por un valor de CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS ($4.140.000).
4. No. **1144** de fecha 13 de noviembre de 2012, con fecha de ejecución del 13 de noviembre hasta el 31 de diciembre de 2012, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS ($2.760.000).
5. No. **119** de fecha 02 de enero de 2013, con fecha de ejecución del 02 de enero hasta el 30 de junio de 2013, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
6. No. **642** de fecha 17 de julio de 2013, con fecha de ejecución del 18 de julio hasta el 17 de agosto de 2013, por un valor de UN MILLON CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($1.150.000).
7. No. **1049** de fecha 08 de octubre de 2013, con fecha de ejecución del 08 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2013, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($5.750.000).
8. No. **386** de fecha 21 de enero de 2014, con fecha de ejecución del 21 de enero hasta el 30 de junio de 2014, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
9. No. **855** de fecha 16 de julio de 2014, con fecha de ejecución del 16 de julio hasta el 31 de agosto de 2014, por un valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($2.300.000).
10. No. **1130** de fecha 10 de septiembre de 2014, con fecha de ejecución del 10 de septiembre hasta el 31 de diciembre de 2014, por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($4.600.000).
11. No. **238** de fecha 07 de enero de 2015, con fecha de ejecución del 07 de enero hasta el 31 de marzo de 2015, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3.450.000).
12. No. **645** de fecha 30 de marzo de 2015, con fecha de ejecución del 01 de abril hasta el 30 de junio de 2015, por un valor de TRES MILLONES SECIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
13. No. **1779** de fecha 01 de julio de 2015, con fecha de ejecución del 01 de julio de 2015 hasta el 31 de octubre de 2015, por un valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($4.800.000).

vigilado Supersalud

hujullomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

14. No. **2262** de fecha 05 de noviembre de 2015, con fecha de ejecución del 05 de noviembre hasta el 31 de diciembre de 2015, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
15. No. **522** de fecha 05 de enero de 2016, con fecha de ejecución del 05 de enero hasta el 31 de enero de 2016, por un valor de UN MILLON DOCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
16. No. **902** de fecha 02 de febrero de 2.016, con fecha de ejecución del 02 de febrero hasta el 31 de marzo de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
17. No. **1540** de fecha 01 de abril de 2016, con fecha de ejecución del 01 de abril hasta el 30 de junio de 2016, por un valor de TRES MILLONES SECIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
18. No. **2227** de fecha 01 de julio de 2016, con fecha de ejecución del 01 de julio hasta el 31 de agosto de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
19. No. **3115** de fecha 01 de septiembre de 2016, con fecha de ejecución del 01 de septiembre hasta el 31 de octubre de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
20. No. **3942** de fecha 02 de noviembre de 2016, con fecha de ejecución del 02 de noviembre hasta el 31 de diciembre de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCEINTOS MIL PESOS ($2.400.000).
21. No. **181** de fecha 03 de enero de 2017, con fecha de ejecución del 03 de enero hasta el 30 de junio de 2017, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
22. No. **1352** de fecha 04 de julio de 2017, con fecha de ejecución del 04 de julio hasta el 31 de julio de 2017, por un valor de UN MILLON DOCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
23. No. **1626** de fecha 04 de agosto de 2017, con fecha de ejecución del 04 de agosto hasta el 31 de agosto de 2017, por un valor de UN MILLON DOCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
24. No. **2176** de fecha 04 de septiembre de 2017, con fecha de ejecución del 04 de septiembre hasta el 30 de septiembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
25. No. **2769** de fecha 05 de octubre de 2017, con fecha de ejecución del 05 de octubre hasta el 30 de noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
26. **ADICION AL CONTRATO** No. **2769** de fecha 29 de noviembre de 2017, con fecha de ejecución del 01 de diciembre hasta el 31 de diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
27. No. **113** de fecha 04 de enero de 2018, con fecha de ejecución del 04 de enero hasta el 30 de junio de 2018, por un valor de SIETE MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
28. No. **1108** de fecha 03 de julio de 2018, con fecha de ejecución del 03 de julio hasta el 30 de septiembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEICIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
29. No. **2229** de fecha 01 de octubre de 2018, con fecha de ejecución del 01 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEICIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
30. No. **681** de fecha 02 de enero de 2019, con fecha de ejecución del 02 de enero hasta el 30 de junio de 2019, por un valor de SIETE MILLONES SEICIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).
31. No. **1264** de fecha 02 de julio de 2019, con fecha de ejecución del 02 de julio hasta el 31 de octubre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

32. No. **921** de fecha 17 de febrero de 2020, con fecha de ejecución del 17 de febrero hasta el 30 de abril de 2020, por un valor de TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS ($3.137.600).
33. No. **1093** de fecha 01 de mayo de 2020, con fecha de ejecución del 01 de mayo hasta el 30 de junio de 2020, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS ($2.544.400).
34. No. **2290** de fecha 01 de julio de 2.020, con fecha de ejecución del 01 de julio hasta el 30 de septiembre de 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
35. No. **2754** de fecha 01 de octubre de 2020, con fecha de ejecución del 01 de hasta el 31 de diciembre de 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
36. No. **345** de fecha 01 de enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
37. No. **1409** de fecha 01 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
38. No. **2256** de fecha 01 de julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
39. No. **3647** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).

VIGILADO Supersalud

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** PARA TODA LA POBLACIÓN USUARIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los cinco (05) días del mes de noviembre de 2021.

ANA MARIA CORDOBA LEAL
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - 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 39049362 **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 07/09/2023 05:22 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: Anilex Carm
Apellidos: Rivadeneira Alvar
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 39.049.362
Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 04 Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	10/05/[illegible]	EU718	NORMAN
Fiebre Amarilla	Única	10/0[illegible]	834115	Mccall C.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3	01-06-19	221501517[illegible]3	Mccall M.
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	20-03-18	HC 13100A	
	2	05-09-18	HC 003[illegible]	
	3	08-04-19	HC [illegible]0026	
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20-5-2020	VA00220006	Guay
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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-02-16 20:13

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANILCY	CARINA	RIVADENEIRA	ALVAREZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	39049362

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	LA GUAJIRA	Municipio	RIOHACHA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA
Dirección					
Cargo o función que cumple					

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	$1.600.000,00
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	$1.600.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
0	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$0,00

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 Si [ ] 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: Si [ ] No [X]

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

SaludTotal

STAMARTA, Septiembre 5 de 2023

Señora:
RIVADENEIRA ALVAREZ ANILCY CARINA
CC. 39049362
CR 16 N4 77 BRR 20 DE JULIO - 3243004
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 Mayo 30 de 2020. 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
RIVADENEIRA ALVAREZ ANILCY CARINA	39049362	C	May-30-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PACHECO RIVADENEIRA JULIO CESAR	1084469198	R	Jul-22-2020	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
ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ	39049362	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	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 linea 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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.049.362**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR.**

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ** con **CC** No. **39049362**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
.**Contratante:** NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/09/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230101971687.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

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

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIMA REVISION: 16/06/2023

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ

Sexo		
M	F	X

Tipo de Documento							Número	Expedido en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	39049302	SANTA MARTA	26/03/98

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	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
	RIOHACHA,GUAJIRA	CARRERA 16 # 4-77 20 DE JULIO	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
JPRA8190@GMAIL.COM	3243004100	

Ocupación (Seleccione)									Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado				
									8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	APOYO TERAPEUTICO

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 LABORIALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Telefono
CARRERA 14 #23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4305007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: $1.800.000		Total Egresos mensuales. $1.800.000	
Otros Ingresos Mensuales		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/o Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez 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 Mendez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización y 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 cumplimiento 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 Mendez 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 Mendez Barreneche no utilizar o revelar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los

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):

Anilcy R.

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento