REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.869.365

AVENDAÑO RODRIGUEZ
APELLIDOS

ROMINA DANIELY
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1987

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

08-NOV-2005 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

P-2100100-51143792-F-1082869365-20051220 07267 05354A 02 187468724

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ, Identificado con Cédula No. 1082869365 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **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: Romina Avendaño Rodrigez

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	X	
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (**Pantallazo**)	X	
6	Propuesta de Servicios (**Mes Actual**)	X	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
9	RUT - Registro Único Tributario (**Año 2023**)	X	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (**Actualizada Mes Actual**)	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	X	
12	Certificado de antecedentes **ETICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (**fecha vigente – Mes Actual**).		X
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	X	
15	Tarjeta Profesional		X
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		X
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Victimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	X	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (**Vigencia no Superior a DOS (02) años**).	X	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, (**Vigencia no Superior a DOS (02) años**).		X
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) (**Vigencia no Superior a DOS (02) años**).		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) (**Vigencia no Superior a DOS (02) años**).		X
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X
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*.		X
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTION DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
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*.		X
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*).	X	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), (**Vigencia no Superior a DOS (02) años**).		X
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**)	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web*.	X	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato **DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES** – 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)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	X	
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Juridica

Ingrese numero de identi cación

Veri car Registro

Has buscado el número de identi cación: 1082869365

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082869365	AVENDAÃ'O	RODRIGUEZ	ROMINA	DANIELY	2022-03-04, 4:21 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1082869365	AVENDAÃ'O	RODRIGUEZ	ROMINA	DANIELY	2022-07-15, 9:57 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1082869365	AVENDAÃ'O	RODRIGUEZ	ROMINA	DANIELY	2022-07-15, 10:09 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
4	1082869365	ROMINA	DANIELY	AVENDAÃ'O	RODRIGUEZ	2023-02-17, 12:43 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Powered by CamScanner

El (la) suscrito(a) ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ identificado conC.C./C.E./P.P No. 1082869365 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 01 del mes de diciembre de 2023.

Firma Romina Avendaño Rodrigez
Nombre ROMINA D. AVENDAÑO RODRIGUEZ
Cédula 1082869365

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	auxiliar de enfermeria
Título	Sra.
Nombre	romina daniely
Apellidos	avendaño rodriguez
Fecha de Nacimiento	22/09/1987 *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito*
Nombre y apellido	romina daniely avendaño rodriguez
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1082869365
Dirección	trasversal 6#37-28 mamatoco
Código postal	
Estrato	1
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	ROMINA4454@HOTMAIL.COM
Teléfono	
Celular	3017646331
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Romina Avendaño Rodrigez

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	romi
SMS para recuperar la contraseña	3017646331

Editar

Powered by CamScanner

Santa Marta, Diciembre 5 del 2023.

Dr. German G. Vargas Mosquera.
Gerente HUJMB.

ASUNTO: Oferta de Servicio.

Cordial Saludo Yo ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ identificada con cedula de ciudadanía N.1.082, 869.365 expedida en la ciudad de Santa Marta, Magdalena.
Correo: romina4454@hotmail.com
Celular: 3017646331
Dirección: Transversal 6 #37-28 Mamatoco

Auxiliar de Enfermera egresada de corporación CETECOS, por medio de esta carta pongo a consideración la presente propuesta: Con grato placer me dirijo a usted con el objetivo de ofrecerle mis servicios profesionales como Auxiliar de Enfermera, a través de este escrito pido la oportunidad de seguir perteneciendo al equipo de trabajo de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Cuento con los conocimientos científicos y humanísticos, con una amplia calidad como profesional de la salud con gran interés en el mejoramiento continuo de mis habilidades y fortalezas. Me caracterizo por ser responsable y ejercer con transparencia mis actividades, con estas cualidades ayudare al HUJMB a conseguir los objetivos planteados a lo largo de nuestro trabajo. Agradeciendo de antemano su decisión, le saludo con la más alta estima y consideración.

Atentamente.

Romina Avendaño Rodriguez
Romina Daniely Avendaño Rodríguez
1.082, 869.365 Santa Marta

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14421330432

(415)7707212489984(8020) 000001442133043 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 8 6 9 3 6 5	2	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	1 0 8 2 8 6 9 3 6 5	2 0 0 5 1 1 0 8

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
AVENDAÑO	RODRIGUEZ	ROMINA	DANIELY

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
TV 6 37 28 BRR MAMATOCO

42. Correo electrónico romina4454@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2		51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 7 0 7 1 7					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2017 - 07 - 17

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 articulo 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 VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON
985. Cargo Analista III

Fecha generación documento PDF: 12-09-2023 09:03:34AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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
Averdaño	Rodríguez	Romina Daniely

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 1082869365	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 22 MES 09 AÑO 1987	TRANSVERSAL 6 *37/28 CASA MAMATOCO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	romina4454@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2005
										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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X			08	2008	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO 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: 18	Mes: 07	Año: 2017				Día:	Mes:	Año:		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA: AUXILIAR ENFERMERIA-CIRUGIA				DIRECCIÓN: CARRERA 14 - carrera 14#23-42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día: 18	Mes: 07	Año: 2017				Día: 15	Mes: 06	Año: 2018		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: PEDRIATRIA				DIRECCIÓN: calle 22						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 4854087	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día: 02	Mes: 03	Año: 2015				Día: 02	Mes: 06	Año: 2015		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: URGENCIA Y PYP				DIRECCIÓN: cordoba bolivar						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: GRUP SALUD 33/6			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 4235784	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día: 01	Mes: 01	Año: 2013				Día: 29	Mes: 10	Año: 2013		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUX DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA:				DIRECCIÓN: averida del libertador						

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2009	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PEDRIATRIA						*DIRECCIÓN* calle 22					

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	5	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	5

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento **Santa Marta 01 Dic 2023**

Romina Avendaño Rodrigez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

La República de Colombia y en su nombre, la

Institución Educativa Distrital INEM "Simón Bolívar"

Creada por Decreto No. 1962 del 20 de noviembre de 1969, autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Decreto No. 1085 del 8 de junio de 1971 y Resoluciones Nos. 11234 del 6 de diciembre de 1976, 130 del 23 de enero de 1978 y 17486 del 7 de noviembre de 1984. Nueva aprobación: Resolución 885 del 28 de Nov. del 2002 emanada por la Secretaria de Educación Distrital.

Confiere a

Romina Danielly Avendaño Rodríguez

Identificado(a) con C.C. #1.082.869.365 Expedida en Santa Marta

El Título de
Bachiller Técnico
Especialidad Promoción Social

Por haber alcanzado los logros de formación integral propuestos para el Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo con el Proyecto Educativo Institucional.

Gustavo Geraldo Piña
Rector

Sara Esther Cerpa Torres
Secretario General

Este Diploma no requiere de registro en Secretaria de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el Libro No. 037 Folio No. 291 Diploma No. 185

Dada en Santa Marta, a los 4 días de Diciembre del año 2005

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL
INEM "SIMON BOLIVAR"
Calle 29 A #31-480
TEL. 237026
SANTA MARTA D.T.C.H.

Inscripción S.E. 100246 Inscripción DANE 147001-02867

En la ciudad de Santa Marta a los (64) días del Mes de Diciembre de 2005 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL INEM "SIMON BOLIVAR" de SANTA MARTA, institución creada por Decreto No.1962 del 20 de Noviembre de 1969 en el Nivel de Educacion Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Titulo de Bachiller en las áreas de Académica, Comercial, Industrial, Promoción a la Comunidad y Agropecuaria, según Decreto 1085 del 8 de junio de 1971 y Resoluciones Nos 11234 del 6 de diciembre de 1976, 130 del 23 de Enero de 1978 y 17486 del 7 de Noviembre de 1984. Nueva aprobación: Resolución 885 del 28 de noviembre de 2002 emanada de la Secretaria de Educación Distrital.
Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER TECNICO
ESPECIALIDAD PROMOCION SOCIAL

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

AVENDAÑO RODRIGUEZ ROMINA DANIELY
1.082.869.365 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 037 del 04 de Diciembre de 2005 que consta de 386 graduados que comienza con el nombre de ALVAREZ MANCILLA ANTONIO JOSE y cierra con el nombre de VILLA ALVARADO LUZ ELENA

Firmada por el Lic. GUSTAVO GIRALDO PIÑA (Rector) y SARA CERPA BARROS (Secretaria)

Dada en Santa Maria a los (04) dias del Mes de Diciembre de 2005

Firmado y Sellado

GUSTAVO GIRALDO PIÑA
El Rector o Director
C.C. No C.C.# 17,056,280 de Bogotá

SARA CERPA BARROS
La Secretaria
C.C. No C.C.#22,420,639 de Barranquill

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 2402

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 3:00 p.m. del día 30 de Agosto de 2008, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional y conocimientos académicos como Técnico en:

Auxiliar en Enfermería

A:

ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ

D.I.: 1.082.869.365, Expedido en: Santa Marta (Magd.)

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: 1800

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

DIRECTOR ACADEMICO
ANA MARIA GARCIA BOYANO

COORDINADOR ACADEMICO
JAIRO GARCIA LOPEZ

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional
La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital según resolución
No. 411 del 6 de Septiembre de [illegible] 1217 del 25 de Junio de 2007
y Acuerdos, expedidos por el Consejo Ejecutivo Nacional para el
Desarrollo de Recursos Humanos en Salud No. 38 y 40 de 2000

En Atención a que

ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ

Identificado (a) con C. C. / T.I. 1.082.869.365 Expedida en Santa Marta (Magd.)

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación de instituciones de formación para el trabajo y desarrollo humano, conforme a la norma reglamentaria [illegible] de 1.996 artículo 13.

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

Auxiliar en Enfermería

Intensidad Horaria 1800 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta,
El Día 30 del mes de Agosto del año 20 08 Acta de Grado No. 2402

VENI

Ana María García Boyano
Directora

Jairo García López
Coordinador Académico

Alexa Diazgranados Perea
Coordinadora Programa

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 121
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DE MAGDALENA (E)
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.869.365 expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL CON CONOCIMIENTOS ACADEMICOS otorgado por **LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS**, Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificados No. 2402 del día 30 de Agosto de 2008.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.869.365, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 23 FEB. 2011

ZANDRA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud de Magdalena (E)

Proyectado y Revisado por: MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ - Profesional Especializado

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	1082869365	romina	avendaño

Confirme los números de la Imagen *

3713

Cambiar

1187

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-01→11:24:59 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalle
CC	1082869365	ROMINA	DANIELY	AVENDAÑO	RODRIGUEZ	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) ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1082869365 registra La siguiente información:

2023-12-01→11:24:59 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermeria	2011-02-23	121	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).

Powered by CamScanner

Gescons

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

CERTIFICADO DE ASISTENCIA G0128218 -1082869365

ROMINA DANIELY

C.C. No. 1082869365

CURSO-TALLER

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Cumplió Satisfactoriamente los Requisitos Académicos, Legales y Reglamentarios del Curso Teórico – Práctico. Realizado en el Mes de Agosto de 2020 con una intensidad de Cuarenta **(40) Horas**.

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT. 900.792.444-9 matricula mercantil 611199 avalado por la **FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIAN** NIT: 860 007 406- podrá verificarlo a través del código de verificación

LUIS FELIPE MENDOZA ARGUELLO
Representante Legal de GESCONS S.A.S.

Dr. SERGIO ISAZA VILLA
Presidente Federación Médica Colombiana

Dado en Colombia el 08 de Agosto de 2020.
https://www.federacionmedicacolombiana.com

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1082869365

Participó en la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los trece (13) días del mes de diciembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
Subdirector (E)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

6907935 - 13/12/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900260686CC1082869365C.

Powered by CamScanner

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

Romina Daniely Avendaño Rodríguez

CC 1082869365 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-10
Fecha de vencimiento: 2024-12-10

FUNDACIONNUESTRA SEÑORADELAESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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

Romina Daniely Avendaño Rodríguez

CC 1082869365 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Decreto 1033 de 2014.
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-10
Fecha de vencimiento: 2024-12-10

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 Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 05/12/23 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Nombres y Apellidos: **Romina Avendaño Rodríguez**
Cedula Ciudadanía: 1082869365
Sexo: F
Edad:36 Años
Labor a Desempeñar: Auxiliar de Enfermería
Celular: 3017646331
Correo Electrónica: romina4454@hotmail.com

Examen Medico Ocupacional con Entasis en Osteomuscular: Normal
Valoración y Estimación Visual y Auditiva en Rango Normalidad
Aptitup al desempeño laboral: Positiva

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

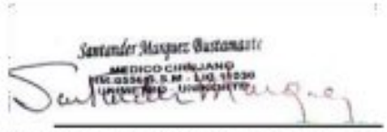
Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación y examen Médico, se procede a verificación de datos. Por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal como visor de protección facial, monogafas, traje anti fluido tipo overol y guantes para la atención de pacientes según clasificación en Bioseguridad. Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias.

Recomendaciones y/o restricciones:

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

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.
La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.



SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE
Medico ESP SG-SST
R.M 0556 S.S.M
Lic. S.O. 1301 S.S.M

Powered by CamScanner

E.S.E. CENTRO DE SALUD CON CAMAS
CÓRDOBA - BOLIVAR
NIT. 806.012.806-8

A QUIEN INTERESE

El suscrito Técniço Administrativo de la Oficina de Talento Humano de la Empresa Social del Estado Centro de Salud con Camas del Municipio de Córdoba Bolívar, hace constar que el (la) señor (a) **ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ**, identificada con la cedula No. 1.082.869.365 expedida en santa marta, laboro en el cargo de **auxiliar de enfermeria** de la ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE CORDOBA BOLIVAR, quien se desempeñó en sus funciones eficiente y eficazmente con responsabilidad, dejando constancia de que es una excelente persona y profesional en su área.

La presente certificación se expide, a los Dos (02) días del mes de Junio de 2015

JOSE GUILLERMO CORONEL BECERRA
Jefe de Talento Humano

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

"He aquí, yo les traeré
salud y sanidad; los sanaré
y les revelaré abundancia de paz y de verdad"
Jeremías 33:6

GrupSalud 33-6
GESTION + ESTUDIOS en SALUD

TyC INVERSIONES S.A.S.
NIT.

LA GERENTE GENERAL DE TyC INVERSIONES S.A.S.
GRUPSALUD 33-6

Certifica Que:

ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ identificada con cédula de ciudadanía N° C.C **1.082.869.365** está vinculada laboralmente a esta institución como Auxiliar de Enfermería, desde **01 de Enero de 2013**, hasta el **29 de noviembre de 2014**, con una asignación salarial de $ 616.000.oo Mensuales y contrato laboral de duración de obra en atención a pacientes crónicos.

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Marta a los 03 días del mes de Diciembre del 2014.

Atentamente,

MONICA ELENA CONTRERAS BRITTO
Gerente

GrupSalud 33-6
GESTION + ESTUDIOS en SALUD
Av. Libertador N° 30 " 360
San Pedro Alejandrino
Tel.: 4235784
Cel.: 3002080768

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1082869365 **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 01/12/2023 08:15 AM

Código Verificación: **ZDQAHJCWT1**

Válida hasta: **29/02/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Powered by CamScanner

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: ROMINA ACENDAÑO
Apellidos: Rodriguez
Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1082869365
Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 09 Año 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	30/11/17	Novartis P 3651	
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	10-7-18	SERUM	
	2	15-8-18	SERUM	
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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	2023-05-11 10:41

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROMINA	DANIELY	AVENDAÑO	RODRIGUEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082869365

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

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:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Si [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 INTERES

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 [ ]

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **AVENDAÑO RODRIGUEZ ROMINA DANIELY** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1082869365** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**01/06/2020**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 01 de diciembre del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

Powered by CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadania **1.082.869.365**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 **ROMINA DANIELY AVENDAÑO RODRIGUEZ** con **CC** No. **1082869365**, 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 :** AUXILIAR ENFERMERIA **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): 20230102211049.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

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

Powered by CamScanner

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	18-jul-17

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ROMINA DANIELIS AVENDAÑO RODRIGUEZ														Sexo			
														M		F	X
Tipo de Documento									Número		Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		TI		RC		PP		1082869365	SANTA MARTA			8-nov-05			
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	Familiar	Rural	Urbana		
			X					X		3		X			X		
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento			
22	SEP	1987	SANTA MARTA			TRANSVERSAL 6 # 27 -28 MAMATOCO					SANTA MARTA			MAGDALENA			
Correo Electrónico											No. Celular			Teléfono			
ROMINA4414@HOTMAIL.COM											3017646331						
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU						
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado			8	6	1	0			
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIIU									
								CUI DADO DE SAL UD HU MA NO									

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
H U J M B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23-43	SANTA MARTA	ALCAZARES	4365006

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1,800,000			Total Egresos mensuales 1,800,00				
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?

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:

X TRABAJO COMO ENFERMERA

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 propios, 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, Centro 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 mercados, 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 Méndez Barreneche S.A.

Romina Avendaño Rodrigez

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leido y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner