HJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO	CODIGO: G1C06F 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, Eilis Sayeth Melo Martinez, **Identificado con Cédula No.** 1083452061 **y Profesión** Tecnico Apoyo Administrativo Salud **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: Eilis Melo Martinez

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**		
6	*Propuesta de Servicios* **(Mes Actual)**		
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	**RUT** - Registro Único Tributario **(Año 2023)**		
10	**Hoja de Vida** – Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual).**		
13	Convalidación de Título – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Tarjeta Profesional		
15	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**)		
16	Soporte de experiencia laboral.		
17	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***		
18	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**)		
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
21	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.083.452.081

MELO MARTINEZ

APELLIDOS

EILIS SAYETH

NOMBRES

Eilis Melo Martínez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-2001

CIENAGA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

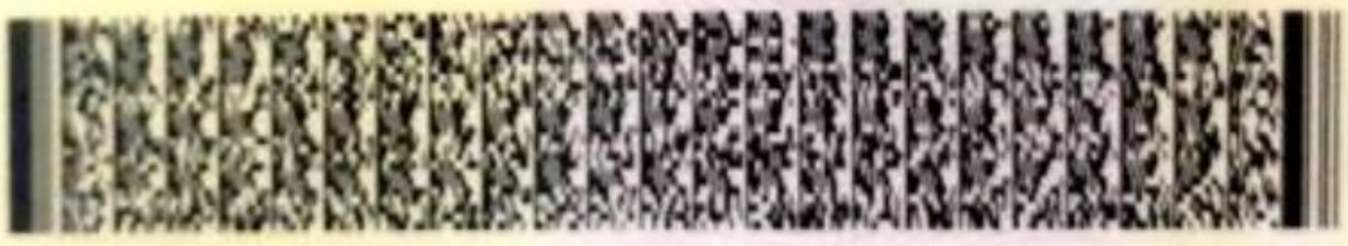
O+ G.S. RH

F SEXO

22-OCT-2019 CIENAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2101600-01118412-F-1083452081-20191210 0069221347A 1 53343324

Powered by CamScanner

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1083452081**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1083452081	MELO	MARTINEZ	EILIS	SAYETH	2023-10-02, 12:07 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) Eilis Sayeth Melo Martinez identificado con C.C./C.E./P.P No. 1083452081 expedida en Cienaga, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

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

Firma Eilis Melo Martinez
Nombre Eilis Sayeth Melo Martinez
Cédula 1083452081.

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

Aumentar el contraste

UTC -5 22:58:39
EILIS MELO

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualización

0	0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes	Mensajes

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensajes

Todos

Sin mensajes…

Más información .

Oportunidades de neg

Recibidas

Sin oportunidades

Más información .

Santa Marta, Enero 2024

Señor:

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA

Gerente (e)

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Yo, **EILIS SAYETH MELO MARTINEZ,** identificada con la cedula de ciudadanía No. **1.083.452.081** de Ciénaga**,** mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios de **APOYO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE ADMISIONES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.** Con un 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 dando **APOYO ADMINISTRATIVO** donde lo requiera el Ente.

Agradeciendo su amable colaboración.

EILIS SAYETH MELO MARTINEZ

C.C. 1.083.452.081 De Ciénaga
Dirección: Calle 35 N 18-55 Barrio Nelson Pérez
Email: eilismelo05@gmail.com
Celular: 3246250125

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14931019387

(415)7707212489984(8020) 000001493101938 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 3 4 5 2 0 8 1	9	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 3 4 5 2 0 8 1	2 0 1 9 1 0 2 2

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MELO	MARTINEZ	EILIS	SAYETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

41. Dirección principal: CL 35 # 18 - 55

42. Correo electrónico: la16.com@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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

Usuarios 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: 3 61. Fecha 2023 - 07 - 27 / 16 : 31: 39

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MELO MARTINEZ EILIS SAYETH

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

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
Melo	Martinez	Eilis Sayeth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1083452081	F (X) M ( )	COL. ( ) EXTRANJERO ( )	

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 05 MES 10 AÑO 2001	
PAÍS	PAÍS DEPTO
DEPTO	MUNICIPIO
MUNICIPIO	TELÉFONO EMAIL eilismelo05@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	2017
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X		APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD	12	2020	

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

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	11	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 COLUMNA 4						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXLIAIR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 COLUMNA 4						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AMERICAS BUSINESS PROCESS SERVICES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6014251700	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	08	*Año* 2023	*Día*	02	*Mes*	10	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE CALL CENTER SALUD	*DEPENDENCIA* AGENTE CALL CENTER					*DIRECCIÓN* AVENIDA 90 11 1 EL DORADO						

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*					

HOJA DE VIDA

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	2

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 diciembre 2023*

Eilis Melo Martinez

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

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
INSTITUCIÓN EDUCATIVA
San Juan del Córdoba

Institución oficial aprobada por Resolución No. 1308 de Noviembre 23 de 2015
por la Secretaría de Educación Municipal Certificada.
Ciénaga Magdalena

En la ciudad de Ciénaga Magdalena a los 14 días del mes de Diciembre de 2017, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de Undécimo Grado:

El Rector y la Secretaria de la Institución Educativa San Juan del Córdoba, Institución Oficial aprobada y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad **ACADÉMICA**, correspondiente a la Educación Media.

Comprobada la situación legal y académica del estudiante, se procedió a otorgar el titulo de **BACHILLER ACADÉMICO**, al graduando, cuyo número de orden, nombre, apellidos, y números del documento de identidad se relacionan a continuación.

No. de Orden	**Apellidos**	**Nombres**
56	Melo Martínez	Eilis Sayeth

Documento No. 1083452081 de Ciénaga-Magdalena

Es fiel copia de su original Del Acta Original **No. 075** Jornada Matinal de Diciembre **14** de **2017** que consta de **112** alumnos graduandos, comienza con **ALEMÁN HERRERA YONATAN ANTONIO** y cierra con **ZARATE FONTALVO ARMANDO JOSÉ**

Dado en Ciénaga Magdalena a los **14** días del mes de Diciembre de **2017** se expide en original con sello seco en la firma del Rector.

MG. ROMÁN PAYARES ALMARALES
C.C. No. 12.619.707 de Ciénaga
RECTOR

MARIBEL POLO PAYARES
C.C. No. 39.034.547 de Ciénaga
SECRETARIA

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre
La Institución Educativa

San Juan del Córdoba

Ciénaga - Magdalena

Institución Oficial aprobada por Resolución No. 1308 de Noviembre de 2015
por la Secretaría de Educación Municipal certificada.

Confiere a:

Eilis Sayeth Melo Martinez

Documento No. 1083452081 Ciénaga-Magdalena

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media, Ley 115 de 1994, Decreto 1850 según los planes y programas vigentes y el Proyecto Educativo Institucional.

MG. ROMÁN PAYARES ALMARALES
RECTOR

MARIBEL POLO PAYARES
SECRETARIA

Registro Libro No. 4 Folio No. 064

Expedido en Ciénaga - Magdalena, el 14 de Diciembre de 2017.

Powered by CamScanner

REGIONAL MAGDALENA
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 64554551 - 28/04/2021

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

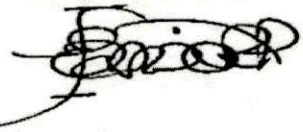
Que: EILIS SAYETH MELO MARTINEZ. Con Cedula de Ciudadania No. 1083452081

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD.

En constancia de lo anterior se firma la presente en Ciénaga. a los veintiocho (28) dias del mes de abril de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por



EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
Subdirector CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

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 952900202720OCC1083452081A.

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 y en atención a que

EILIS SAYETH MELO MARTINEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1083452081

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el

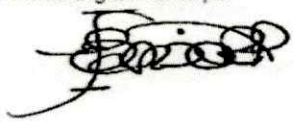
Título de

TÉCNICO EN

APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD.

En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Ciénaga. a los veintiocho (28) dias del mes de abril de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por



EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
Subdirector CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

64554551 - 28/04/2021
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900202720OCC1083452081C

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 02/10/2023

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: EILIS SAYETH MELO MARTINEZ
Responsable: El mismo paciente
Cargo: ASISTENTE ADMINISTRATIVO
Edad: 21
Estado civil: Soltero
Teléfono:
Nº hijos: 0
EPS: Coosalud EPS

Empresa en misión:
Identificación: CC: 1083452081
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 05/10/2001
Genero: Femenino
Escolaridad: Técnica
Dirección: Magdalena, Ciénaga,
ARL:
AFP: Protección S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

Destinatario: Empleado
Permanente: No
Fecha inicial:
Fecha final:
Duración:

Recomendación:

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

Eilis Melo Martinez

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584

Aspirante o trabajador
EILIS SAYETH MELO MARTINEZ
Identificación: CC: 1083452081

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

NIT 830.126.395-7

Bogotá, 02 de octubre de 2023

LA GERENCIA DE TALENTO HUMANO
HACE CONSTAR QUE

El/La señor(a), EILIS SAYETH MELO MARTINEZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.083.452.081, trabajó con **AMÉRICAS BUSINESS PROCESS SERVICES S.A** mediante un contrato a LABOR CONTRATADA, desde el 12 de agosto de 2023 hasta el 02 de octubre de 2023, el último cargo desempeñado fue AGENTE VIRREY SOLIS SALUD TOTAL, con las siguientes responsabilidades y funciones:

- Servicio al cliente telefónico de asignación/cancelación/reprogramación de citas médicas a nivel nacional, de acuerdo con los requerimientos solicitados como información, reclamos, quejas, solicitudes y procedimientos de usuarios por los canales habilitados.
- Garantizar el correcto uso de las herramientas y/o aplicativos empleados en su labor.
- Identificar e informar situaciones del día a día de la operación que puedan significar una alerta o aviso de acuerdo con procesos establecidos.
- Cumplir con las buenas prácticas impartidas de las áreas que confluyen en la operación.
- Cumplir y hacer cumplir las políticas y normas de la empresa.
- Transmitir de forma clara, oportuna y ciñéndose a los protocolos establecidos para brindar el servicio requerido por los clientes en los diferentes canales usados para tal fin.
- Las demás funciones que le sean asignadas por su Jefe inmediato y/o demás Representantes de EL EMPLEADOR.

Cordialmente,

Nancy Esperanza Álvarez Gutiérrez
Gerente de Talento Humano

Para verificar la información por favor comunicarse directamente con la línea telefónica en Bogotá +57 (601) 425 17 00 marcando la extensión 57651 | 51080.

Powered by CamScanner

MÁS SALUD INTEGRAL IPS

Tu salud nuestra prioridad

NIT 901230990-1

Ciénega 07 de Diciembre del 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

MAS SALUD INTEGRAL IPS, Certifica que EILIS SAYETH MELO MARTINEZ identificada con CC 1.083.452.081, labora en Nuestra Institución como Asistente Administrativa, bajo un contrato laboral por prestación de servicios desde 03 de Mayo del año 2020 hasta la fecha, por las cuales doy buenas referencias de ella como una persona responsable.

En constancia se firma este documento en Ciénaga- Magdalena a los 07 días del mes de Diciembre del año 2020

Att:

GABRIEL HERRERA RODRÍGUEZ

COORD. OPERATIVO

CALLE 13 N° 10-06 BARRIO JARDÍN
CIÉNAGA MAGDALENA - COLOMBIA
MASSALUDINTEGRALIPSSAS@GMAIL.COM
317 592 1826

Powered by CamScanner

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 1083452081 **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 02/12/2023 12:17 AM

Código Verificación: **FG4DHQ6TSM**

Válida hasta: **01/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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	2023-12-06 02:01

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EILIS	SAYETH	MELO	MARTINEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1083452081

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	CIÉNAGA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	CIÉNAGA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.900.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.900.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-1083452081
Nombres:	EILIS SAYETH
Apellidos:	MELO MARTINEZ
No. de Carnet:	9809D53538EF8145E053020213AC9A64
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2019-04-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA
Departamento - Municipio:	BOGOTA D.C.-BOGOTA D.C.
Categoria:	B

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el viernes, 01 de diciembre de 2023, a solicitud del interesado y es válida hasta el lunes, 01 de enero de 2024



CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MELO MARTINEZ EILIS SAYETH** identificado(a) con **CC** número **1.083.452.081** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de octubre de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2023120123464

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Ellis Sayeth Melo Martinez																Sexo			
																M		F	x

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP	1083452081	Cienaga	22/10/2019

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		0			x		x

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
5	10	2001	Cienaga	calle 47B # 21G-33	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
ellismelo05@gmail.com	3246250125	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado							

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

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
Americas Business Process Services		Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	Agente virrey solis-salud total

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
AV. EL DORADO #90 - 11 piso 1	Bogota D.C		(601)4251700

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	x

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$1.900,000	Total Egresos mensules	
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	$1.900,000	Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	x

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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 ilícitas las cuales relaciono a continuación:

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

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

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

Ellis Melo Martinez

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):

EilisMelo Martinez

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento