REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.082.974.229**

MONTES MONROY

APELLIDOS

ESTHEFANI LORENA

NOMBRES

Stefani Montes

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-1993**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

17-NOV-2011 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2100150-01305046-F-1082974229-20220625 **00798**62969A 1 8504937453

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

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Esthefani montes monroy identificado con Cédula No. 1082974229 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: Esthefani montes monroy

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

Pantalla Principal

Historia Natural

Antígeno Prostático

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082974229**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082974229	MONTES	MONROY	ESTHEFANI	LORENA	2023-06-14, 3:04 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1082974229	MONTES	MONROY	ESTHEFANI	LORENA	2023-09-08, 3:46 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1082974229	MONTES	MONROY	ESTHEFANI	LORENA	2024-01-26, 11:16 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El (la) suscrito(a) Estefani montes monroy identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082974229 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 20 del mes de marzo de 2024.

Firma Estefani montes M
Nombre Estefani montes M
Cédula 1082974229

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

Cancelar

Guardar y volver

Información del usuario



Cambiar foto

Género Mujer *

Cargo Aux de enfermería

Título Seleccione

Nombres Esthefani Lorena *

Apellidos Montes monroy *

Fecha de Nacimiento 12/10/1993 *

Nombre y apellido Esthefani Lorena Montes monroy

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía *

Número de documento 1082974229 *

Dirección cra 21 a 2 # 29 k 536 laureles

Código postal

Estrato 2 *

Ubicación SANTA MARTA

País COLOMBIA *

Correo electrónico stefanimontes56@gmail.com *

No se debe relacionar grupos de distribución en estos correos

Validación correo electrónico stefanimontes56@gmail.com *

Teléfono 3122419627

Celular 3122419627 *

Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin *

Configuración

Usar configuración predeterminada ☐

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito *

Idioma Español (Colombia) *

Configuración regional Spanish (Colombia) *

Ejemplo configuración regional seleccionada

Formato de fecha y hora 27/01/2024 4:07 AM

Formato de número 9999.999.999,999

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez? *

Respuesta SANTA MARTA *

SMS para recuperar la contraseña 3024233206 *

Cancelar

Guardar y volver

20/MARZO /2024

SEÑOR

GERMAN VARGAS MOSQUERA

GERENTE

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

YO ESTHEFANI **LORENA MONTES MONROY IDENTIFICADA** CON CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1.082.974.229 DE SANTA MARTA, MEDIANTE LA PRESENTE ME PERMITO DEJAR EN CONSTANCIA DE LA REFERENCIA.

PARA LO CUAL ME PRESENTO A PRESTAR MIS SERVICIOS COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** CON ALTO GRADO DE RESPONSABILIADA Y EFICIENCIA , PLASMADO LAS METAS DE OBJETIVOS ENCOMENDADOS POR LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESTO TRADUCIRA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS TAREAS DIARIAS DANDO APOYO ADMINISTRATIVO O DONDE LO REQUIERA EL ENTE .

AGRADECIDA POR LA ATENCION PRESTADA

Esthefani montes m.

ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY

CC 1.082.974.229 DE SANTA MARTA

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14919325709

(415)7707212489984(8020) 000001491932570 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 7 4 2 2 9	8	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 9 7 4 2 2 9	2 0 1 1 1 1 1 7

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
MONTES	MONROY	ESTHEFANI	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
CR 21 A 2 29 K 536 BRR LOS LAURELES

42. Correo electrónico stefanimontes56@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono	45. Teléfono 2
	3 0 2 4 2 3 3 2 0 6	3 1 2 2 4 1 9 8 2 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades		
46. Código / 47. Fecha inicio actividad	48. Código / 49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 1 / 2 0 1 5 0 2 0 2			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	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 06 - 08 / 14 : 12: 08

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante.

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

984. Nombre SANCHEZ PINEDO ANTONIO JOSE
985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF 08-06-2023 02:12:30PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO ORIGINAL

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
Montes	Monroy	Esthefani Lorena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082974229 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 12 MES 10 AÑO 1993

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 21 A 2 29 K 5 36 CASA LAURELES

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3127835891 3122419627 EMAIL: stefanimontes56@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	08	AÑO	2009
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			03	2013	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	NUESTRA SENORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	VIOLENCIA SEXUAL	10	2022
VIRTUAL	NUESTRA SENORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	AIEPI	04	2022
VIRTUAL	NUESTRA SENORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	AGENTES QUIMICOS	04	2022
VIRTUAL	NUESTRA SENORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	IAMI	04	2022
VIRTUAL	NUESTRA SENORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	PROCESO DE DUELO	04	2022
VIRTUAL	SENORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	SOPORTE VITAL BASICO RCP	04	2021

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	SOPORTE VITAL AVANZADO RCP	04	2021
VIRTUAL	NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	04	2021

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: ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	26	Mes	04	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXIIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA: AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS						DIRECCIÓN:					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: MEDICALL TALENTO HUMANO			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4200784	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	06	Mes	10	Año	2020	Día	23	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: SALUD						DIRECCIÓN: Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL ZONA BANANERA			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3145978484	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	10	Año	2013	Día	01	Mes	08	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: URGENCIA						DIRECCIÓN: CALLE 5 10 04 sevilla- zona bananera					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO CAPRI			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4210152	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	10	*Año*	2013	*Día*	03	*Mes*	01	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 10 35 mercado publico					

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	1	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	6

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 X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA 29-01-2024

ESTEFANI MONTES MONROY

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

CORPORACIÓN EDUCATIVA OCUPACIONAL TÉCNICA EMPRESARIAL SISTEMATIZADO

CEOTES

Aprobación 117 de Mayo 10 de 1996 y 782 de Diciembre 24 de 1999 por el DASED.

TENIENDO EN CUENTA QUE:

ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY

IDENTIFICADO (A) CON T.I. 93101211116 de Santa Marta

Aprobó los estudios programados por CEOTES y Cumplió los Requisitos exigidos por los Reglamentos internos, le confiere el presente Certificado de Preparación para Validación como:

Bachiller

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita.
Dado en Santa Marta - Magdalena, a los 21 días del mes de Agosto de 2009.

CORPORACION EDUCATIVA CEOTES

DIRECTOR

SECRETARIA

CORPORACION EDUCATIVA

CEOTES

Autorización oficial 117 del 10 de Mayo de 1996 por la Secretaria de Educación Distrital - **DASED**

ACTA No. 25
CORPORACIÓN EDUCATIVA "CEOTES"

En la ciudad de Santa Marta, a los 21 días del mes de Agosto de 2009, se reunieron con el fin de formalizar la Ceremonia de Certificación de los alumnos, el Director de la Corporación Educativa CEOTES, institución aprobada por la Secretaria de Educación Distrital - **DASED**, según Autorización oficial 117 de Mayo 10 de 1996.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios programados por **CEOTES** y cumpliendo con los requisitos exigidos por los reglamentos internos, le confiere la presente certificación en **Preparación para la Validación del Bachillerato**, al alumno cuyo nombre, apellido y Número de Documento de Identidad se relaciona a continuación:

ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY

IDENTIFICADO (A) CON TI. 93101211116 de Santa Marta, Magdalena

Firmado y Sellado por el suscrito Director.

Dado en Santa Marta a los 21 días del mes de Agosto de 2009.

FIRMADO Y SELLADO

CORPORACION EDUCATIVA CEOTES

DIRECTOR

ASMEMAG

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CELAC Calidad en Educación ISO 9001 CELAC Calidad en Educación NTC 5555 CELAC Calidad en Educación NTC 5663

LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA -SS- "ASMEMAG"

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0508 y Registro de Programa según Resolución No. 407, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0048 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO

TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A: *ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY*

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. *1082974229*

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1716 horas.

Dado en Santa Marta a los 22 días del mes de Marzo de 2013.

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 5 Registro 42 del Libro de Actas 0003

F-CAO-416 V.2

ASMEMAG
Corporación ASMEDAS Magdalena -SS-
Nit: 900258910-0

ACTA DE CERTIFICACION INDIVIDUAL No. 016

En la ciudad de Santa Marta, a los veintidós (22) días del mes de Marzo del año Dos Mil Trece (2013) se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes del programa de AUXILIAR EN ENFERMERÍA, el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA –SS- "ASMEMAG"**, Institución con licencia de funcionamiento según Resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010, Registro de Programa según Resolución número 407 del 24 de Febrero de 2011, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo número 0048 del 21 de Enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud. Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de Aptitud Ocupacional Por Competencias Como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** al estudiante cuyos apellidos, nombres y documento de identidad se relacionan a continuación: **MONTES MONROY ESTHEFANI LORENA**, identificado(a) con documento No. **1082974229.**

La anterior acta fue fechada el 22 de Marzo del año 2013 e inicia con los apellidos y nombres de **ACUÑA CHARRIZ ADIZ KATHERINE** y culmina con los apellidos y nombres de **ZABALETA VANEGAS DIANA.**

Fue firmada por el Director **MANUEL DEL PRADO BRITO**, y la Secretaria General **LIA CHEGWIN VALLE**

Se expide en Santa Marta D.T.C.H., a los veintidós (22) días del mes de Marzo del año 2013.

Firmado y Sellado

MANUEL DEL PRADO BRITO
Director

LIA PATRICIA CHEGWIN VALLE
Secretaria General

Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCION No. 47 2968
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
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) **ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.974.229, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS otorgado por **LA CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA – SS – "ASMEMAG"** de Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificacion No. 016 del día 22 de Marzo del 2013.

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 **ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.974.229, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN 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: 26 JUL 2013

Zandra Castañeda López

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado: Tatiana Cotes **Revisada: Piedad De la Hoz**

RESPETO POR EL MAGDALENA

Powered by CamScanner

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.

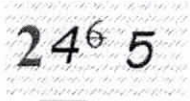
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1082974229

Primer Nombre: ESTHEFANI

Primer Apellido: MONTES

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9817

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-01-26→10:25:33 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1082974229	ESTHEFANI	LORENA	MONTES	MONROY	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) ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY identificado(a) con CC 1082974229 registra La siguiente información:

2024-01-26→10:25:33 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2013-07-26	2968	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).

Medicall
Talento Humano

La Dirección Nacional de Capacitación y Desarrollo de
Medicall Talento Humano,
certifica que:

ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY

1082974229

Cursó y aprobó satisfactoriamente los contenidos de la certificación en:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL E INTRAFAMILIAR

Con una intensidad total de 40 horas.

lunes, 5 de octubre de 2022

En constancia, firman:

LILIANA ZABALA RODRIGUEZ
Enfermera Jefe
Profesional Sénior en Capacitación y Desarrollo
MEDICALL TALENTO HUMANO

ARCENIO CARVAJAL GÓMEZ
Director Nacional de Capacitación y Desarrollo
MEDICALL TALENTO HUMANO

Empresa Familiarmente Responsable

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Estefani Lorena Montes Monroy

CC 1082974229 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-12-25
Fecha de vencimiento: 2025-12-25

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Estefani Lorena Montes Monroy

CC 1082974229 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-27
Fecha de vencimiento: 2025-12-27

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Estefani Lorena Montes Monroy

CC 1082974229 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-12-23
Fecha de vencimiento: 2025-12-23

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Estefani Lorena Montes Monroy

CC 1082974229 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-12-13
Fecha de vencimiento: 2025-12-13

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

PREVENIR 1-A S.A

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

VISIOMETRÍA

Fecha examen: 21/04/2021

Doc. Identidad CC 1082974229 | Nombre ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY | Fecha Nacimiento. 12/10/1993

Entidad PARTICULAR | Edad 27 años | Ocupación AUXILIAR DE ENFERMERIA

H.C No | Ingreso (X) | Periódico ( ) | Retiro ( ) | Caso Ocupacional ( ) | Reubicación ( )

Post incapacidad ( ) | Trabajo en alturas ( ) | Control ( ) | Ingreso al SVE ( )

Empresa EVENTO PARTICULAR | Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA | Antiguedad del cargo

Fondo de Pensión | EPS COOSALUD EPS | ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual HACE 5 AÑOS | Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )

Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) | Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) | Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?

Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )

Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )

Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				20/25	0.50
OI				20/25	0.50
AO				20/20	0.50

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN INTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: NORMAL | VP: NORMAL | HISHBERG: CENTRADO

Ducciones: | Versiones: | PPC:

INTERPRETACION

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	(X)	(X)
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica (X) Valoración por oftalmología ( )

Control Visiometría (X)

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNOSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

REQUIERE USO DE LENTES SEGUN PRESCRIPCION MEDICA...

OBSERVACIONES

DISMINUCION LEVE DE LA AGUDEZA VISUAL LEJANA

Powered by CamScanner

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-46 Tel. 420 0149 - 434 9531 Cel 312 670 0249
Santa Marta

Impreso	26 abr 2021 02:34:34 pm	RESULTADOS				Software Baxlab v20191230
Sede	PRINCIPAL					Página 1 de 1
Paciente	MONTES MONROY ESTHEFANI		Sexo F	Edad 27A 6M 9D	Nro. De Recepción	59498
Identif	CC 1082974229	Teléfono		Fecha De Recepción	21 abr 2021 11:03:08 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA, JOSE		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
INMUNOLOGIA			
1. VDRL serología	No reactivo		
	Fecha Reporte : 26 abr 2021 02:34 pm		
MICROBIOLOGIA			
2. Resultado de la Prueba	NEGATIVO		
Muestra Estudiada	Esputo		
	Fecha Reporte 26 abr 2021 02:34 pm		

Grase Socarrás C.
TI 1065582385
Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

Powered by CamScanner

Dr. LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES
MD. ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD DEL NORTE - **LIC. Nº 0932 MINSALUD**
Celulares: 3004699212 - 3188759143

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA

Resolución número 2346 de 2007

MOTIVO DE LA EVALUACION

PRE-INGRESO	X	**PERIODICO**		**RETIRO**		**REINTEGRO**		**OTROS**	

INFORMACION GENERAL

CIUDAD	SANTA MARTA		**DIA**	26	**MES**	12	**AÑO**	2022	
NOMBRE	**ESTHEFANI LORENA**			**APELLIDOS**		**MONTES MONROI**			
CEDULA	1082974229		**SEXO**	**M**		**F**	X	**EDAD**	26 AÑOS
OFICIO	AUXILIAR DE ENFERMERIA			**TIEMPO DE SERVICIO**					
EMPRESA:	GOBERNACION DEL MAGDALENA								
ACTIVIDAD ECONOMICA:									

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

ESTUDIO	**NORMAL**	**ANORMAL**	**ESTUDIO**	**NORMAL**	**ANORMAL**
VISIOMETRIA			RADIOGRAFIA		
AUDIOMETRIA			ELECTROCARDIOGRAMA		
ESPIROMETRIA			LAB.CLINICO		
OBSERVACION					

CONCEPTO DE APTITUD

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO	X
Apto para el cargo con restricciones que no intervienen en su trabajo	
Apto para el cargo con restricciones que interviene con su trabajo	
No apto, aplazado, requiere nueva valoración o exámenes complementarios	
No Apto para el cargo que aspira, necesita reubicación laboral	

EXAMEN PERIODICO

Satisfactorio	
Se sugiere valoración médica por EPS	
Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo	
Secuela de accidente de trabajo	
Signos o síntomas de enfermedad profesional, debe ser valorado por EPS/ARP	

EXAMEN DE RETIRO

Satisfactorio	
Con limitaciones que deben ser valoradas por su EPS	
Secuelas de accidentes de trabajo	
Signos o síntomas de enfermedad profesional, debe ser valorado por EPS/ARP	
No se realizó examen medico	

CONCEPTO DE APTITUD ALTO RIESGO

Puede realizar trabajos en altura	
Puede realizar trabajos en espacios confinados	
Aplazado temporalmente requiere nueva valoración	
Requiere exámenes complementarios	
No puede realizar trabajos de alto riesgo	
No se realizó el examen	

RECOMENDACIONES

1. VALORACION OSTEOMUSCULAR: NORMAL

Luis Miguel Martínez Montes
Medicina del Trabajo / Salud Ocupacional
Universidad del Norte
Lic. 0932 Minsalud

Firma y sello del médico

Email: lumimamo2006@hotmail.com

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

42406817

Nombre	MONTES ESTHEFANI	Tel.	
Identificación	CC 1082974229	Sexo	F
Edad	27 Años 6 Meses 12 Dias		
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	CL000320----8871--6905-		

Fecha de recepción:	24-abr.-2021 2:50 pm
Fecha de impresión:	
Empresa	PREVENIR 1-A S.A
Sec	REFERENCIA
Fecha Validación	25-abr.-2021 12:03:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Antiguo	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	**MENOR DE 3.0**	mUI/mL	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9.0 mUI/ml
Indeterminado: De 9.0 a 11.0 mUI/ml.
Reactivo: Mayor de 11.0 mUI/ml

PATRICIA MILENA ATIS
C.C. 37.121.181
BACTERIOLOGA

SANDRA MARCELA GARCES SUAREZ
C.C. 51900208
BACTERIOLOGA

Powered by CamScanner

Médico Radiólogo. Universidad del valle
RADIOLOGIA ULTRASONIDO
EL CENTRO QUIRURGICO
Teléfonos: 4215597-4234501
Carrera No 12 20-38 1er piso
SANTA MARTA - COLOMBIA

ULTRASONIDO

RX No. 3606-21

Fecha: Julio 22/2021

NOMBRE DEL PACIENTE: ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY CC. 1082974229
FN: 12 OCT 1993

EDAD: 27 AÑOS

ESTUDIO SOLICITADO: RADIOGRAFIA DE TORAX

ENTIDAD: PREVENIR 1 A S.A (PARTICULAR)

INFORME RADIOLOGICO

Silueta cardioaórtica en límites normales.
Vasculatura pulmonar normal.
No hay infiltrados blandos ni derrames.
Tórax óseo normal.

CONCLUSION.
TORAX DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

Atte.,

FIRMA:

DR. ROBERTO RIVAS COTES

Powered by CamScanner

CAPRI
CENTRO MEDICO Y DROGUERIA S.A.S.
NIT 900.443 884 - 1

A QUIEN INTERESE

El Centro Médico y Droguería Capri S.A.S. bajo la dirección del señor **JOSE AGUSTÍN RINCÓN URIBE** como Gerente, certifican que la Señorita **ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY** identificada con la Cedula de Ciudadanía **Nº 1.082.974.229 Expedida en** Santa Marta, desarrolló su Inducción como Auxiliar de Enfermería en esta institución desde el 03 de Octubre de 2013 hasta el 03 de Enero de 2014, desempeñando sus funciones con responsabilidad y seguridad, manteniendo un comportamiento de respeto y dignidad con sus colegas, personal de la Institución y Pacientes, dejando en el Centro Médico una buena imagen como profesional y como persona.

Este Certificado se expide a solicitud de la interesada a los tres (03) días del mes de Enero de 2014.

Atentamente,

CAPRI

AGUSTÍN RINCÓN URIBE
Gerente

Carrera 8 Nº 10-35 Tel 4210152- 4210142- 4313956
Email: centromedicoydroguenacaprisas@hotmail.com– Telefax 4235818
Santa Marta, Colombia

EL SUSCRITO JEFE DE OFICINA DE PERSONAL DE LA E.S.E. HOSPITAL

LOCAL ZONA BANANERA

CERTIFICA

Que la Señora, **ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY,** identificada, con cedula de ciudadanía No. 1.082.974.229 de Santa Marta – Magdalena Ocupó el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** bajo la modalidad de Prestación de Servicios en la E.S.E Hospital Local Zona Bananera desde el 01 de Octubre del 2013 hasta el 01 de Agosto de 2014. Cumpliendo a cabalidad con sus funciones.

La presente se expide en Sevilla – Zona Bananera, a solicitud de la interesada a los Dos (02) Dias del mes Octubre de Dos Mil Catorce (2014).

MARIO A TAUSA R

MARIO ALEJANDRO TAUSA RAMIREZ
Jefe Oficina de Personal
Cel. 3126603211

Medicall
Talento Humano

NIT 900.682.543-8

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S

CERTIFICA:

Que **MONTES MONROY ESTHEFANI LORENA**, identificado (a) con C.C. número **1082974229,** laboro en Medicall Talento Humano S.A.S, mediante un contrato de trabajo a termino **Obra o Labor** desde el **6 DE OCTUBRE DE 2020** hasta el **23 DE DICIEMBRE DE 2020** desempeñando el cargo de **AUXILIAR EDUCACION EN SALUD SUPERNUMERAR.**

En constancia de lo anterior se expide en Bogotá D.C. **28 DE DICIEMBRE DE 2020** a solicitud del interesado (a).

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL MEDICALL TH

La presente certificación debe tener sello seco.

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 1082974229 **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 26/01/2024 10:36 PM

Código Verificación: **CMDER5Z8WP**

Válida hasta: **26/04/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: ESTHEFANI LORENA

Apellidos: MONTES MONROY

Documento de identidad: C.C. (9) C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1082974229

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 10 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3	10/8/22	032002A	Maria L

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	8/10/22	V502008	Alba Villarreal
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	OTRO	Fecha de publicación	2023-06-14 15:37

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ESTHEFANI	LORENA	MONTES	MONROY

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082974229

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
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: 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:

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ *a solicitud del interesado informa que* ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.082.974.229 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 564859726, abierta/o desde el 21/12/2023.

Se expide en Bogotá el día 27 del mes de Enero del año 2024 con destino a: hospital julio mendes barreneche

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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-1082974229
Nombres:	ESTHEFANI LORENA
Apellidos:	MONTES MONROY
No. de Carnet:	980A6E5BD1EE1E35E053020213AC9B72
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2016-01-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el miércoles, 20 de marzo de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el sábado, 20 de abril de 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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:

ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.974.229**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Marzo del 2024.

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

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

ESTHEFANI LORENA MONTES MONROY												Sexo: M		F	X
Tipo de Documento: C.C. X / C.E / T.I / R.C / PP								Número: 1082974229		Expedida en: SANTA MARTA		Fecha de Expedición: 17/11/2011			
Estado Civil (Seleccione): Soltero	Casado	Divorciado	U. libre: X	Viudo				Nivel educativo: Primaria	Bachiller	Técnico: X	Universidad	No. Personas a cargo: 4			
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento: SANTA MARTA					Direccion Domicilio: CRA 21 A 2 # 29 K 5 36 LAURELES				Municipio / Ciudad: SANTA MARTA		Departamento: MAGDALENA	
Correo Electrónico: STEFANIMONTES56@GMAIL.COM												No. Celular: 3122419627		Telefono	
Ocupación (Seleccione): Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				Actividad Principal CIIU: 8	6	9	1
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: C.C. / P.P	Número

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio: Publica / Privada / Mixta / Otra, cual?	Cargo
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio / No. Teléfono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI / NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total ingresos mensuales	1,800,000	Total Egresos mensuales	900,000
Otros Ingresos Mensules	600,000	Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	2,400,000	Total Pasivos	900,000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 / Año 2023	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?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

esthefani montes monroy

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):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento