En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, **RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO**, Identificado con Cédula No. **12.552.536** 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: Raúl Antonio Avendaño

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.552.536**

AVENDAÑO CASTRO

APELLIDOS

RAUL ANTONIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUN-1961**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-OCT-1979 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00158814-M-0012552536-20090608 0012281738A 1 4470011128

Ingrese el número de identificación

Verificar Registro

Ha buscado el número de identificación: **12552536**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	12552536	AVENDAÑO	CASTRO	RAÚL	ANTONIO	09/02/21

El (la) suscrito(a) RAUL ANTONIO AVENDANO CASTRO identificado con C.C./C.E./P.P No. 12552536 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 _____
Nombre RAUL AVENDANO CASTRO
Cédula 12552536

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sr.
Nombre	RAUL ANTONIO
Apellidos	AVENDAÑO CASTRO
Fecha de Nacimiento	13/06/1961 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	12552536
Dirección	MANZANA 7 CASA 6 ALTOS DE VILLA CONCHA
Código postal	47001
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	raulavendanocastro1961@gmail.com
Teléfono	
Celular	3126517067
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta	SANTA MARTA
SMS para recuperar la contraseña	3126517067

Editar

Santa Marta, Marzo de 2024

DOCTOR

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, le solicito a usted me permita ingresar a prestar mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA del hospital, teniendo en cuenta mis iniciativas y habilidades, siendo una persona con la preparación, conciencia y responsabilidad destinada a cumplir una función humanística y social cumpliendo a cabalidad las indicaciones y funciones asignadas por mis superiores, con completa adaptabilidad en ambientes de trabajos y en equipos.

Sin otro motivo en particular, me despido agradeciendo su atención prestada.

Atentamente,

Raúl Antonio Avendaño

RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO

CC. 12.552.536 de Santa Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14451613641

(415)7707212489984(8020) 000001445161364 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 5 5 2 5 3 6	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 2 5 5 2 5 3 6	1 9 7 9 1 0 0 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AVENDAÑO	CASTRO	RAUL	ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: MZ 7 CA 6 URB ALTOS DE BAHIA CONCHA

42. Correo electrónico: varisully-2003@hotmail.com

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

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
8 6 9 2	2 0 1 1 1 0 1 9						2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2018 - 01 - 22

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 PEÑALOZA DE MARIN SILVIA ESTER
985. Cargo Analista V

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
Avendaño	Castro	Raul Antonio

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 12552536	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 13 MES 06 AÑO 1961	MANZANA 7 CASA 6 B CASA URB VILLA CONCHA SANTA MARTA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3126517067	EMAIL	raulavendanocastro1961@gmail.

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	1984

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			05	2002	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Conferencia	HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS Y OTROS	EDUCACIÓN INFORMAL	CAPACITACION SOBRE GENERALIDADES DE MEDICAMENTOS	10	2010
Conferencia	HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS Y OTROS	EDUCACIÓN INFORMAL	V JORNADA DE ACTUALIZACION EN PSIQUIATRIA	08	2007
Conferencia	SERVICIO NACIONAL DE APRENSIZAJE SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	CURSO BASIC DE ECONOMIA SOLIDARIA	09	2005
Conferencia	ESE CENTRO DE REHABILITACION Y DIAGNOSTICO FERNANDO TROCONIS	EDUCACIÓN INFORMAL	IV JORNADA DE ACTUALIZACION DE PSIQUIATRIA	08	2005

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
Conferencia	ESE CENTRO DE REHABILITACION Y DIAGNOSTICO FERNANDO TROCNIS	EDUCACIÓN INFORMAL	1 CURSO DE ACTUALIZACION EN PSIQUIATRIA PARA MEDICOS Y ENFERMERAS	09	2003
Conferencia	ASOCIACION DE MEDICOS DE SANTA MARTA	EDUCACIÓN INFORMAL	6º CNGRESO DE URGENCIAS 5º DE ACTUALIZACION MEDICA COSTA CARIBE	06	2003
Conferencia	CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA GABRIEL ANGULO	EDUCACIÓN INFORMAL	APTITUP OCUPACIONAL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	06	2000

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO 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	01	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: PSIQUIATRIA						DIRECCIÓN: - CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HUJMB			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	01	Año	2019	Día	31	Mes	10	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: REQUIERE CORRECCION						DIRECCIÓN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4214793	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	08	Mes	11	Año	2011	Día	30	Mes	06	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: PSIQUIATRIA						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SORY C E U			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3688791	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2007	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* CALLE 76 N 42 78						

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	0	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	7

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

Raúl Antonio Avendaño

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

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena
y en su nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena "Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO

Titular de la C.C.No 12,552,536 expedida en Santa Marta

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecidos por el Ministerio de Salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 02 del 23 de Diciembre de 1992

Director del Cesmag

Dir. del Servicio Secc. de Salud del Magd.

Secretaria Académica

Santa Marta, Junio 22 del 2000

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No.12-90 Santa Marta
Teléfono 4215776 Fax 4234520
NIT.891.780.117-1

ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 98

En la ciudad de Santa Marta, a los veintidós (22) días del mes de junio del dos mil (2000), se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los Alumnos del Programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, la suscrita Directora y Secretaria Académica del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, institución aprobada en el Nivel Vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud, para otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** según Resolución No.2182 de agosto 9 de 1968, Decreto No.816 de diciembre 13 de 1949. Comprobada la situación legal académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** al alumno cuyo nombre, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación **RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO**, identificado con la cédula de ciudadanía No.**12.552.536** expedida en Santa Marta.

Es fiel copia de su original, fechada junio 22 del 2000 y consta de 47 alumnos, se inicia con el nombre y apellidos de **ACOSTA JIMENEZ LUZ BALBINA** y termina con el nombre y apellidos de **ZUÑIGA CAVIEDES ANA MARIA.**

Firmado y sellado por la Doctora **LUZ STELLA DURAN MANJARRES**, Directora y **MERCEDES OLANO RODRIGUEZ**, Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta, a los veintidós (22) días del mes de junio del dos mil (2000).

Luz Stella Duran M.
LUZ STELLA DURAN MANJARRES
Directora

Mercedes Olano
MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Secretaria Académica

41

Nuevo Instituto Mixto "Rodrigo de Bastidas"

(Gobernación Departamento del Magdalena)

Resolución No. 1521 de 28 de Noviembre de 1.984

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional.

Confiere a:

Raúl Antonio Avendaño Castro

Identificado con C.C. No. 12.362.536 de Sta. Mta.

El título de

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Ciclo de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretario

Dado en Santa Marta a 12 de diciembre de 1984

Anotado al folio 006 libro de registro No. 26

Secretario de Educación,

de 1984

La Cooperativa de Ahorro y Crédito de Empleados de Salud Pública del Magdalena Ltda.

'COOACRESAMAG'

HACE CONSTAR:

Que Raul Avendaño Castro

Participó satisfactoriamente cumpliendo los requisitos exigidos en un

Malenáliso Financiero

con intensidad de 8 horas.

Gerente	Comité de Educación	Profesor

SANTA MARTA, 5 de VIII - 96 -

E.S.E CENTRO DE REHABILITACIÓN Y DIAGNOSTICO "FERNANDO TROCONIS"

Certifica que:

RAUL AVENDAÑO

Asistió a la:

IV JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Con una duración de 16 horas.

Neurociencias aplicadas en la práctica clínica.

Santa Marta los días 12 y 13 de agosto de 2005.

JUAN ELJADUE GUTIÉRREZ MD
Gerente

BEATRIZ H. CAAMAÑO LEON MD
Psiquiatra
Coordinadora del Evento

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA

(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"

50

Años

1949 - 1999

CERTIFICA:

Que: RAUL AVENDAÑO CASTRO

Asistió al ciclo de conferencias científicas conmemorativas de los 50 años de vida educativa en salud.

Intensidad horaria de 40 HORAS

Santa Marta D.T.C.H, del 26 al 28 de Mayo de 1999

Luz Stella Durán Manjarrés
Directora CESMAG

María Candelaria Benavidez
Coordinadora Docente CESMAG

55

Instituto de Neurociencias del Caribe Ltda.
E.S.E. Hospital Universitario Fernando Troconis

Certifican que:

Raúl Avendaño

Asistió en calidad de participante a:

V JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

"El avance de las Neurociencias y el cuidado de la Salud Mental"

Realizado los días 17 y 18 de Agosto de 2007, en la ciudad de Santa Marta
con una intensidad horaria de 16 horas.

José Bornacelly Ternera
Instituto de Neurociencias del Caribe Ltda.

Juan Elijadue Gutiérrez
E.S.E. Hospital Universitario Fernando Troconis

E.S.E Centro de Rehabilitación y Diagnóstico "FERNANDO TROCONIS"

CERTIFICA

Que RAUL AVENDAÑO CASTRO

Asistió al

I CURSO DE ACTUALIZACION EN PSIQUIATRIA PARA MEDICOS Y ENFERMERAS

Celebrado en Santa Marta en el Auditorio del Hotel Yuldama - Rodadero los días 19 y 20 de Septiembre de 2003 con una intensidad de 18 horas.

Dr. Juan Eljaduc Gutiérrez
GERENTE

ASOCIACION DE MEDICOS DE SANTA MARTA D.T.C.H.
A S O M E D

Certifica que

Raúl Avendaño Castro

Participó en el

5° Congreso de Urgencias, 4° de Actualización Médica COSTA CARIBE

Santa Marta, 15, 16, 17 y 18 de Agosto de 2002
Intensidad Académica: 24 Horas
Avalado por ASCOFAME

ASCOFAME

Julio Enrique Ospina
Director Ejecutivo ASCOFAME

Devis Lacera García
Presidente ASOMED

César Robles Solano
Secretario ASOMED

República de Colombia
Departamento del Magdalena
Universidad del Magdalena
Programa de Enfermería

LA SUSCRITA DIRECTORA DEL PROGRAMA DE ENFERERIA

HACE CONSTAR

Que RAÚL AVENDAÑO, quien ejerce el cargo de Auxiliar de enfermería del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario, asistido a la capacitación sobre GENERALIDADES DE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS realizada del 25 al 30 de Octubre de 2010 con una intensidad de 6 horas

Dado en Santa Marta a los 26 días del mes de Noviembre de 2010.

EDILTRUDIS RAMOS
(Directora de Programa)

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE

RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO

CC.12.552.536

PARTICIPO EN EL CURSO

CURSO BASICO DE ECONOMIA SOLIDARIA

DURACION 20 HORAS

MARIA T.PINEDO BRUGES
TEC 03 REGISTRO Y CERTIFICACION

Santa Marta, 26 de Septiembre de 2005
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA 16111556

MULTISECTORIAL
CENTRO DE FORMACION

SGC2005CP00414 26/09/2005
No Y FECHA DE REGISTRO

ha

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
SECCIONAL SANTA MARTA
PROGRAMA DE ENFERMERIA

Certifica que

RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO

PARTICIPO EN CONDICION DE ASISTENTE

A LA JORNADA DE ACTUALIZACION PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA, REALIZADO LOS DIAS 27 DE ABRIL, 4,18 , 25 DE MAYO Y 1 , 8 DE JUNIO DEL 2.001

SE EXPIDE EN SANTA MARTA A LOS 15 DIAS DEL MES DE JUNIO DEL 2.001

MONICA CABALLERO ZAMBRANO
COORDINADORA. PROGRAMA DE ENFERMERIA

YAMILE MENDEZ GONZALEZ
JEFE EDUCACIÓN CONTINUADA

32

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

Certifican que:

Raúl Arendaño

Participó en el I Taller de Actualización del Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud "MIAS" el 20 de mayo de 2016 con una intensidad de 4 horas

Ediltrudis Ramos
Directora Programa de Enfermería

Aura Daza
Coordinadora Área de Enfermería

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"

MENCION HONORIFICA

CONFERIDO A: RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO.

EN RECONOCIMIENTO POR EL ALTO SENTIDO DE RESPONSABILIDAD, ESFUERZO PERSONAL Y CONSIDERARSE BUEN ESTUDIANTE, DEMOSTRADO EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ACADEMICAS EN EL CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

DADA EN SANTA MARTA, A LOS 22 DIAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO 2.000

LUZ STELLA DURAN MANJARRES
DIRECTORA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"

MERCEDES OLAÑO RODRIGUEZ
SECRETARIA ACADEMICA

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS DE SANTA MARTA D.T.C.H.

ASOMED

CERTIFICA QUE

Raul A. Avendaño Castro

PARTICIPÓ EN EL

6° Congreso de Urgencias, 5° de Actualización Médica

COSTA CARIBE

JUNIO 27, 28 Y 29 DE 2003
INTENSIDAD ACADÉMICA: 24 HORAS

César Robles Solano
PRESIDENTE

Ricardo Palacio Palacio
SECRETARIO

33

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

RESOLUCIÓN No. 47 2007
"Por la cual se registra un título"
EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO,** identificado (a) con CC N°. 12.552.536 Expedida en Santa Marta - Magdalena, solicito ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** del ejercicio de su profesión según titulo de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA **"CESMAG"** de Santa Marta, según Acta de Grado N°. 98 del día 22 de Junio de 2000.

Que estudiada la Documentación presentada por el (la) solicitante esta cumple con los Requisitos establecidos en las Normas Legales vigentes;

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO,** identificado (a) con CC N°. 12.552.536 Expedida en Santa Marta - Magdalena, para ejercer la profesión de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo 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 6 DIC. 2006

MARTHA ROCA LEYVA
Secretario de Salud Del Magdalena

Proyectado por: Angélica Restrepo Garcerantn.

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
12552536

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6436

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-11→6:50:04 AM -2023-12-11→6:58:42 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	12552536	RAUL	ANTONIO	AVENDAÑO	CASTRO	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) RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO identificado(a) con CC 12552536 registra La siguiente información:

2023-12-11→6:58:42 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2008-09-05	7097	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).

ENTHA | EMPRESA NACIONAL DE EDU
PARA EL TALENTO HUMANO
Centro Internacional de Entren
en Emergencias y Urgencias.

NIT: 900223619-0

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN
PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

CERTIFICA QUE

RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO
I.D. N° 12552536

CURSÓ Y APROBÓ EL

Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual y de Género

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capitulo v numeral 8 del ministerio de educación nacional. Según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 21 De Abril De 2022

Con una intensidad horaria de 46 horas academicas

Este Certificado tiene una vigencia de (02) años apartir de su fecha de emisión

REG:
3a028984f9a36b2c

enthaltda.com.co

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS

ASOCIACION COL
ACAS
DE AUDITORES E

ENTHA | EMPRESA NACIONAL DE EDU PARA EL TALENTO HUMANO

Centro Internacional de Entren en Emergencias y Urgencias.

NIT: 900223619-0

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

CERTIFICA QUE

RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO
I.D. N° 12552536

CURSÓ Y APROBÓ EL

Curso de Soporte Vital Cardiopulmonar Básico (BLS) Para Tecnólogos, Técnicos Y Auxiliares En Salud

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capitulo v numeral 8 del ministerio de educación nacional. Bajo los parámetros establecidos por I.L.C.O.R, American Heart Association y European Resuscitation Council 2020-2025 y según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 21 De Abril De 2022

Con una intensidad horaria de 24 horas academicas

Este Certificado tiene una vigencia de (02) años apartir de su fecha de emisión

REG:
346c70755c3f6109

enthaltda.com.co

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS

ASOCIACION COL ACAS DE AUDITORES

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

Raul Antonio Avendaño Castro

CC 12552536 de Santa Marta

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.

Fecha de emisión: 2023-06-13
Fecha de vencimiento: 2025-06-13

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

Raul Antonio Avendaño Castro

CC 12552536 de Santa Marta

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.

Fecha de emisión: 2023-06-15
Fecha de vencimiento: 2025-06-15

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



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
DR. RICARDO ANTONIO BONETT BARRIOS
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REG, MÉDICO 47-1323 // LSO 2542/15
SANTA MARTA MAGDALENA

COLOCAR FOTO

(Debe llenarse en los exámenes para Ingreso y Reingreso)
Lease la nota final del reverso antes de escribir

Forma 10

1- Apellidos y Nombres	2- Edad	3- Cédula o T. I.
RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO	60	12552536

4- Dirección y teléfono de residencia habitual	5- Motivo del Exámen				6- Fecha del Exámen
MZ 7 CASA 6 URBANIZACION ALTOS DE VILLA CONCHA	Ingreso	X	Reingreso		13/12/2021
	Periódico		Post- incapacidad		
	Egreso		Particular	X	

7- Sexo	8- Raza	9-CORREO ELECTRONICO		10 Lugar de Nacimiento
F	MESTIZA	RAULAVENDANOCASTRO1961@GMAIL.COM	3126517067	SANTA MARTA

11 Fecha de Nacimiento			13 EPS ARL y Fondo de Pensiones	12 Profesión u Oficio
Dia	Mes	Año	EPS NUEVA EPS SANITAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA
			ARL POSITIVA	Antigüedad en la empresa 30 AÑOS
13	6	1961	Fondo de Pensiones PORVENIR	antigüedad en el cargo actua 21 AÑOS

14 Cargo a que aspira	15 Como juzga el examinado su salud?
NO APLICA	BUENA

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO, LA CAUSA	EDAD EN QUE MURIO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE	SI	NO	PARENTESCO
Padre		FALLECIDO			Tuberculosis			
Madre					Sifilis			
Esposa					Diabetes	X		
Hermanos					Cáncer			
					Enfermedades del Riñón			
					Enfermedades del Corazón	X		
					Enfermedades del Estómago			
Hijos	0				Reumatismo			
					Alergias			
					Epilepsia			
					Suicidios			
					Enfermedades mentales (locos)			

HISTORIA MEDICO PERSONAL

HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO
Difteria (Fiebre y Diarrea)	SI	NO	Perturbaciones de la nariz	SI	NO	Cojeras	SI	NO
Asma	SI	NO	Resfriados frecuentes	SI	NO	Mareos de carro, tren, avión, mar	SI	NO
Tos ferina	SI	NO	Ictericia (Coloracion amarilla)	SI	NO	Pérdida de la memoria	SI	NO
Perturbaciones del oido	SI	NO	Cáncer	SI	NO	Toma alcohol. Cuanto? :	SI	NO
Perturbaciones de las vias digestivas	SI	NO	Sangre en la orina	SI	NO	Es tartamudo	SI	NO
Coto	SI	NO	Deformidad huesos, articulaciones u otros	SI	NO	Ha sido sonámbulo	SI	NO
Cólicos	SI	NO	Epilepsia o ataques	SI	NO	**MUJERES**	SI	NO
Apendicitis	SI	NO	Depresión o angustia	SI	NO	Edad de la menarquia (primera menstruación)	SI	NO
Hemorroides o enfermedad del recto	SI	NO	Enuresis (orina) nocturna	SI	NO	Tratamiento por desorden propio del sexo	SI	NO
Micciones (orinas) frecuentes o dolorosas	SI	NO	Usa aparatos para oir	SI	NO	Ha estado embarazada	SI	NO
Enfermedades venereas	SI	NO	Ha intentado suicidio	SI	NO	Tiene menstruaciones dolorosas	SI	NO
Parálisis	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO	Ciclo actual (Cada cuantos dias)		
Frecuente sueño intranquilo	SI	NO	Palpitaciones	SI	NO	Ha tenido flujos vaginales	SI	NO
Es adicto a narcóticos (estupefacientes)	SI	NO	Perturbaciones de la vista	SI	NO	Menstruaciones irregulares	SI	NO
Usa aparáto ortopédico	SI	NO	Perturbaciones de la garganta	SI	NO	Fecha última menstruación		
Sangrado excesivo dental. o por heridas	SI	NO	Bronquitis crónica	SI	NO			
Erisipela (Infección de la piel)	SI	NO	Tumores	SI	NO	Menstruación ☐ Normal		
Dolor o inflamación articular		NO	Fractura	SI	NO	☐ Excesiva		
Pérdida de conocimiento	SI	NO	Forunculosis (Nacidos)	SI	NO			

Que empleo ha tenido en los 3 ultimos años?	En cual permaneció mas tiempo, meses?	Cuál es su oficio actual	Es Ud. Derecho X
FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA	Es Ud. Zurdo ☐

Ha estado expuesto a los siguientes factores de riesgo?	REVISÓ: Dr Ricardo Bonett 23-12-2015	APROBÓ: Dr Ricardo Bonett 23-12-2015



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
DR. RICARDO ANTONIO BONETT BARRIOS
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REG, MÉDICO 47-1323 // LSO 2542/15
SANTA MARTA MAGDALENA

SEÑALE CON UNA "X" SI o NO **(Si marca "SI" debe explicarse al frente)**

12552536 -2

Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?	**SI**	NO	FRACTURA POR ACCIDENTE DE TRABAJO MORDEDURA DE PACIENTE EN DEDO PULGAR DE MANO DERECHA CON OSTEOSINTESIS ABIERTA Y COLOCACION DE DEDAL DE SILICONA REINGRESO EL DIA 06-12-2021
Es sensible a productos quimicos, polvo, luz del sol, etc (alergias)?		NO	
Tiene dificultades para ejecutar algunos movimientos?		NO	
Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		NO	
Por otras razones de orden médico es inhábil?		**NO**	
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su salud?	SI	**NO**	
Ha sido herido? Que clase de arma ? Sitio de la herida ?	SI	**NO**	
Se le ha negado algún seguro de vida?	SI	**NO**	
Se le ha practicado o le han aconsejado que se practique alguna operación. Cual ?	**SI**	NO	CORRECCION QUIRURGICA DE FX DE PRIMER DEDO DE MANO DERECHA POR ACCIDENTE DE TRABAJO
Ha estado interno por su voluntad o por orden de un hospital de enfermedades mentales ? (En caso afirmativo especificar cuando, donde, por que, nombre del médico y señas completas de los hospitales)	SI	**NO**	
Ha tenido otra enfermedad distinta a las anotadas ? (En caso afirmativo dar detalles)	SI	NO	
Se ha tratado Usted mismo por enfermedades benignas como resfriados ? Que otra enfermedad ?		NO	
Ha sido rechazado de algun trabajo por causas médicas, mentales u otras ? Dar detalles.	SI	**NO**	
Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad ? Dar detalles.	SI	NO	

OBSERVACIONES

EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Declaro por mi palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, clínicas y hospitales mencionados, para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al cargo que aspiro.

Fecha y Lugar (del exámen)

Santa Marta 13-12-2021

Firma del Examinado

Documento de Identificación: CC TI CE

Nombre del Exáminado (Letra Imprenta)

Número y Lugar de Expedición:

CARRERA 19 N° 11-31 | Cell: 3142763902 | Email: Rbonett@ymail.com



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
DR. RICARDO ANTONIO BONETT BARRIOS
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REG. MÉDICO 47-1123 // LSO 2542/15



APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		
RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO		
C.C., T. L o C.E. N°.		DE
12552536		SANTA MARTA
EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
60	M	CASADO
DIRECCION Y TELEFONO RESIDENCIA		
MZ 7 CASA 6 URBANIZACION ALTOS DE VILLA CONCHA		

FECHA (dd/mm/aa)	13/12/2021

FICHA N°	12552536-3

ANAMNESIS Y OTROS DATOS IMPORTANTES
PACIENTE MANIFIESTA DISNEA OCASIONAL POR SECUELAS DE INFECCION POR COVID EN MARZO DE
2021 - PERO REFIERE QUE NO HAY DESATURACION,. ESQUEMA DE VACUNACION COVID COMPLETA
CON AZTRA ZENECA PENDIENTE DE REFUERZO

EXAMEN SOMATICO

PIEL Y FANERAS
NORMAL
CABEZA, CARA, CUERO CABELLUDO
NORMAL
SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO Y LINFÁTICO
NORMAL
SISTEMA OSTEOMUSCULAR
NORMAL
EXTREMIDADES Y VARICES
NORMAL
APARATO CIRCULATORIO
NORMAL
CORAZON Y GRANDES VASOS
NORMAL
PULSO
RITMICO, CON FRECUENCIA DE 70 LPP
TORAX Y APARATO RESPIRATORIO
NORMAL

ESTADO GENERAL

TENSION ARTERIAL		PESO Kgs.	ESTATURA	PERMETRO TORACICO		CAPACIDAD VITAL
SIST	DIAST			I.	E.	
110	70	69	162	NA	NA	NA
ASPECTO GENERAL	NORMAL					
IMC	NORMAL					

ABDOMEN - HERNIAS
NORMAL
APARATO GENITO - URINARIO
NORMAL
SISTEMA NERVIOSO
NORMAL

REFLEJOS

RADIALES	
ABDOMINALES	
CREMASTERIANOS	
CIONUS	
AQUILEOS	
ROTULIANOS	

PUPILAS

	LUZ	ACOM.	ANO.
D	✓	✓	
I	✓	✓	

IDX : PACIENTE SANA

MEDICO (Que examina),

Dr. Ricardo Bonett Barrios
Ms. Esp. Salud Ocupacional
UCC - U el Bosque C.C. 7.633.922
R.M. 47-1323 - LSO 2542/15

FIRMA | SELLO (Con nombre y RM)

DESCRIBIR NORMAL O CADA ANORMALIDAD DETALLADAMENTE.

Anote (NE) si no evaluó

CARRERA 19 N° 11-31 | Cel. 3043476904 | Email: Rbonett@gmail.com



HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
DR. RICARDO ANTONIO BONETT BARRIOS
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REG, MÉDICO 47-1323 // LSO 2542/15
SANTA MARTA MAGDALENA

EXAMENES ESPECIALES

12552536-4

FECHA	APELLIDOS Y NOMBRES
13/12/2021	RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

		AG. VISUAL	PTERIGIOS	VIAS LACRIMALES	FONDO DEL OJO
OJOS	D	SC:	NO		
		20/25		NORMAL	NORMAL
		CC:	NO		
		20/20			
	I	SC:	NO		
		20/25		CATARATA	NORMAL
		CC:	NO		
		20/20			

		AG. AUDITIVA	CON. AUD. EXT.	TIMPANO
OIDOS	D	NO EVALUADO	NORMAL	NORMAL
	I	NO EVALUADO	NORMAL	NORMAL

	AMIGDALAS	FARINGE	LARINGE
GARGANTA	EUTROFICAS	NORMAL	NORMAL

NARIZ	TABIQUE	CORNETES	MUCOSAS
		NORMAL	
		NORMAL	
		NORMAL	

SENOS PARANASAL	FRONTALES	MAXILARES
	NORMAL	NORMAL

MEDICO (Que examina),

Dr. Ricardo Bonett Barrios
Md. Esp. Salud Ocupacional
UCC - U el Bosque C.C. 7.633.922
P.M. 47-1323 - L50 2542/15

FIRMA **SELLO (con nombre y Registro)**

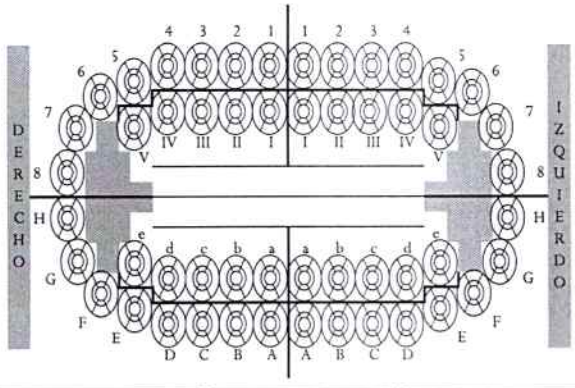
DIAGNOSTICO Y OBSERVACIONES

RECOMEDNACIONES LABORALES: VALORADO POR ORTOPEDIA 22/11/21 REFIERE QUE EL PACIENTE DEBE 1- NO LEVANTAR PESO MAYOR A 10 KG 2- NO REALZIAR MOVIMIENTOS TORCIONALES Y 3- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS POR 10 MINUTOS.

Dr. Ricardo Bonett Barrios
Md. Esp. Salud Ocupacional
UCC - U el Bosque C.C. 7.633.922
P.M. 47-1323 - L50 2542/15

IDX : ALTERACION OSTEOMUSCULAR PRIMER DEDO MANO DERECHA

FICHA ODONTOLOGICA



TRATAMIENTO	PPR	PPF
SUPERIOR ☐ INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR

DIAGNOSTICO Y OBSERVACIONES

ODONTOLOGO (Que examina),

ROJO:	O	CORONA	**VERDE:** RESINA	**AZUL:**	AMALGAMA
	X	RESTO R. INCLUIDO	SELLANTE	**NEGRO**	CARIES CEMENTO

FIRMA **SELLO (con nombre y Registro)**

CALIFICACION DE LA CAPACIDAD PSICOFISICA

(Uso exclusivo de la Autoridad Médico Laboral)

CONCEPTO: **APTO** [X] REMISION A EPS [ ] **REMISION A ARL** [X]

OBSERVACIONES:

APTO CON RECOMEDNACIONES PARA EL CARGO

Dr. Ricardo Bonett Barrios
Md. Esp. Salud Ocupacional
UCC - U el Bosque C.C. 7.633.922
P.M. 47-1323 - L50 2542/15

FIRMA **SELLO (con Nombre y RM)**

CARRERA 19 N° 11-41 Cell- 4142764902 Email- Rbonett@gmail.com

SERVIEFECTIVOS
C. T. A.

COOPERATIVA DE SERVICIOS EFECTIVOS

CERTIFICAMOS

Que el señor **RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO** identificado con cédula de ciudadanía No. 12.552.536 ,estuvo asociada a SERVIEFECTIVOS CTA. desde el 03 de Mayo del 2010 hasta el 30 de Septiembre del 2010, desarrollando el proceso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la Unidad Estratégica de Negocio **HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS**, manifestando siempre profesionalismo, responsabilidad y compromiso.

Se expide el siguiente certificado a petición del interesado(a) a los dos (02) días del mes de noviembre del 2010.

Atentamente,

DRAHENITH PEREZ
Asistente Administrativo

10 No.59-138 Segundo Piso
3602525-3602840-3690644 Cel:3187123493
serviefectivos@yahoo.com

Sory C E.U.

NIT. 900.027 644-5

A QUIEN INTERESE

Hacemos constar que el señor, **RAUL AVENDAÑO CASTRO** identificado, con cédula de ciudadanía No.12.552.536 de Santa Marta (Magdalena), ha prestado sus servicios a esta empresa, mediante los siguientes contratos de trabajo, comprendidos dentro de las siguientes fechas:

Auxiliar de Enfermería, en el HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS.

Fecha de Ingreso	Fecha de Terminación
Septiembre 1 de 2007	Octubre 30 2007
Agosto 16 de 2008	Actualmente

Actualmente devenga un sueldo promedio mensual de SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS ($655.000)

Se expide el presente certificado a solicitud del (a) interesado (a) a los Cuatro (4) días del mes de Noviembre de 2008.

Sory C. E.U.
NIT. 900.027.644-5

MARCELYS PEREZ SANTOS
Recursos Humanos

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

Sony C E. U.

NIT. 900.027.644-5

Barranquilla, 30 de noviembre de 2007

Señor (a):
RAUL AVENDAÑO CASTRO
Barranquilla

Nos permitimos comunicarle que de acuerdo con la cláusula segunda del contrato de trabajo suscrito entre la Empresa y usted damos por terminado este contrato a partir del 30 de noviembre de 2007

Sírvase a reclamar su liquidación de prestaciones sociales en nuestras oficinas.

Atentamente,

MARCELIS PEREZ SANTOS
Jefe de Recursos Humanos

Carrera 42F No. 75B-124 Local 4
Teléfono: 3688791 Celular: 300 8005966
Barranquilla - Colombia

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 12552536 **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 23/03/2024 12:39 PM

Código Verificación: **6MVRBCTZQ5**

Válida hasta: **21/06/2024**

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.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Raul Antonio.

Apellidos: Avendaño Castro.

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 12.552.536

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 06 Año 1961

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	26-09-18	SERUM 0121571180	
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2	10-10-19	V501047	Ross
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	14-08-18	SERUM 0328X	2HB.
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	07-02-18	N3B881	
Otras				

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-15 13:13

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
RAUL	ANTONIO	AVENDAÑO	CASTRO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	12552536

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	HUJMB

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	

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	$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$18.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] 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:

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 12552536
NOMBRES Y APELLIDOS	Avendaño Castro Raul Antonio
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Avendaño Castro Raul Antonio, a los 22 días del mes de marzo del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.552.536**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

HUMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM. REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO														Sexo			
														M	X		

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	12552536	SANTA MARTA	1/10/1979

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X						X		3	X				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
13	6	1961	SANTA MARTA	MANZANA 7B6 URBANIZACION ALTOS DE VILLA CONCHA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
raulavendanocastro1961@gmail.com	3126517067	

Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado						8	6	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICA CON INTERNACION

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio								Cargo
E.S.E HUMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?		ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
KRA 14 #23-12	SANTA MARTA	ALCACERES	4340262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

			Total Egresos mensuales 1.800,00					
Otros Ingresos Mensuales 1.800,000			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X	

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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

Raúl. Antonio Avendaño castro

5. FIRMA Y HUELLA

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

Powered by CamScanner