HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: G/C12F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Cristela Esther Llanes Identificado con Cédula No. 39047629 y Profesión Auxiliar de enfermería **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	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://sijl.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/**	✓	

Escaneado con CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.047.329

LLANES CHURIO
APELLIDOS

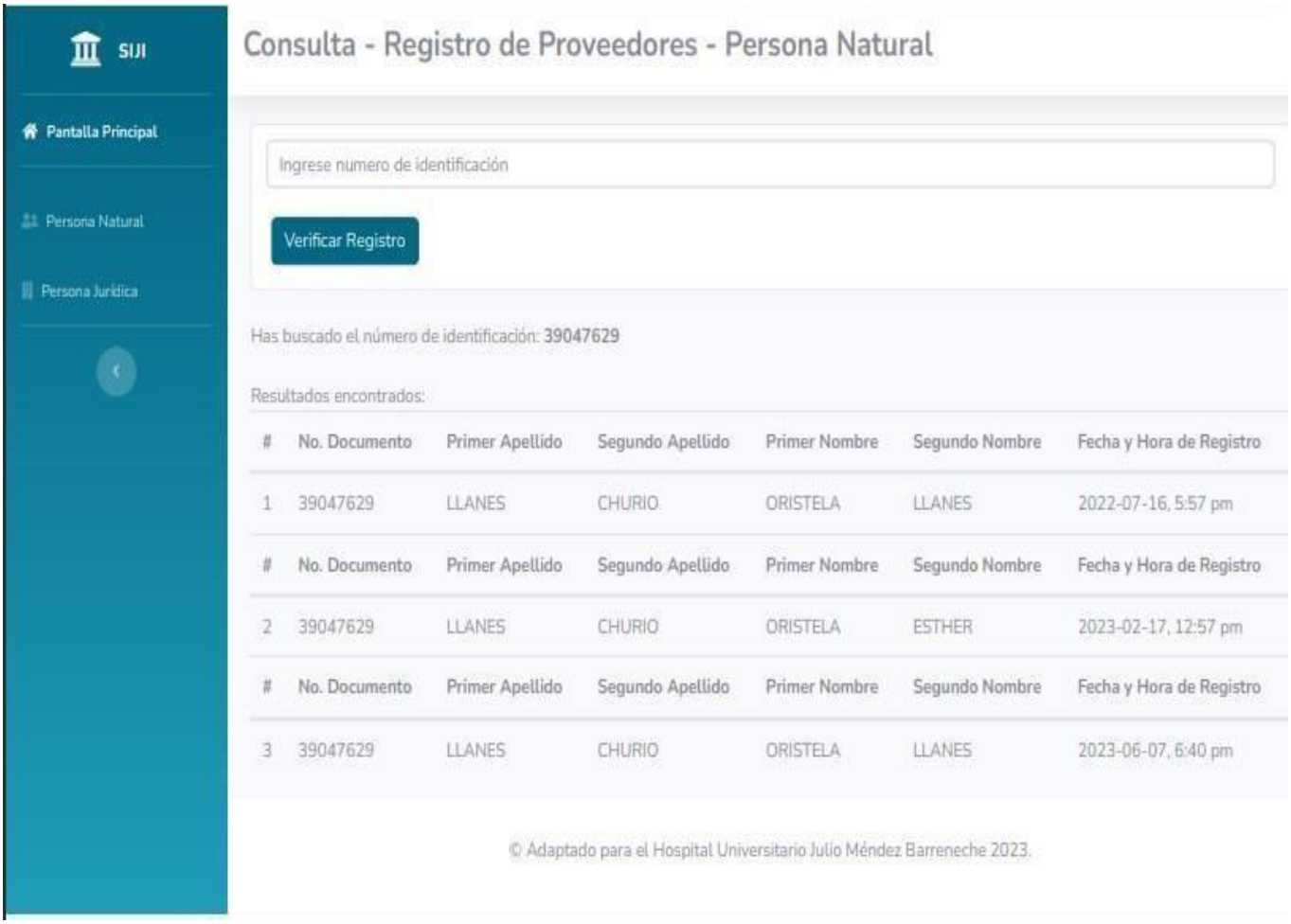
ORISTELA ESTHER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1979
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-OCT-1997 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

0000005113965 1-F-0039047029-20051121 0182805325B 02 177837192


SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificación
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 39047629
Resultados encontrados:
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 39047629 LLANES CHURIO ORISTELA LLANES 2022-07-16, 5:57 pm
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
2 39047629 LLANES CHURIO ORISTELA ESTHER 2023-02-17, 12:57 pm
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
3 39047629 LLANES CHURIO ORISTELA LLANES 2023-06-07, 6:40 pm
© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

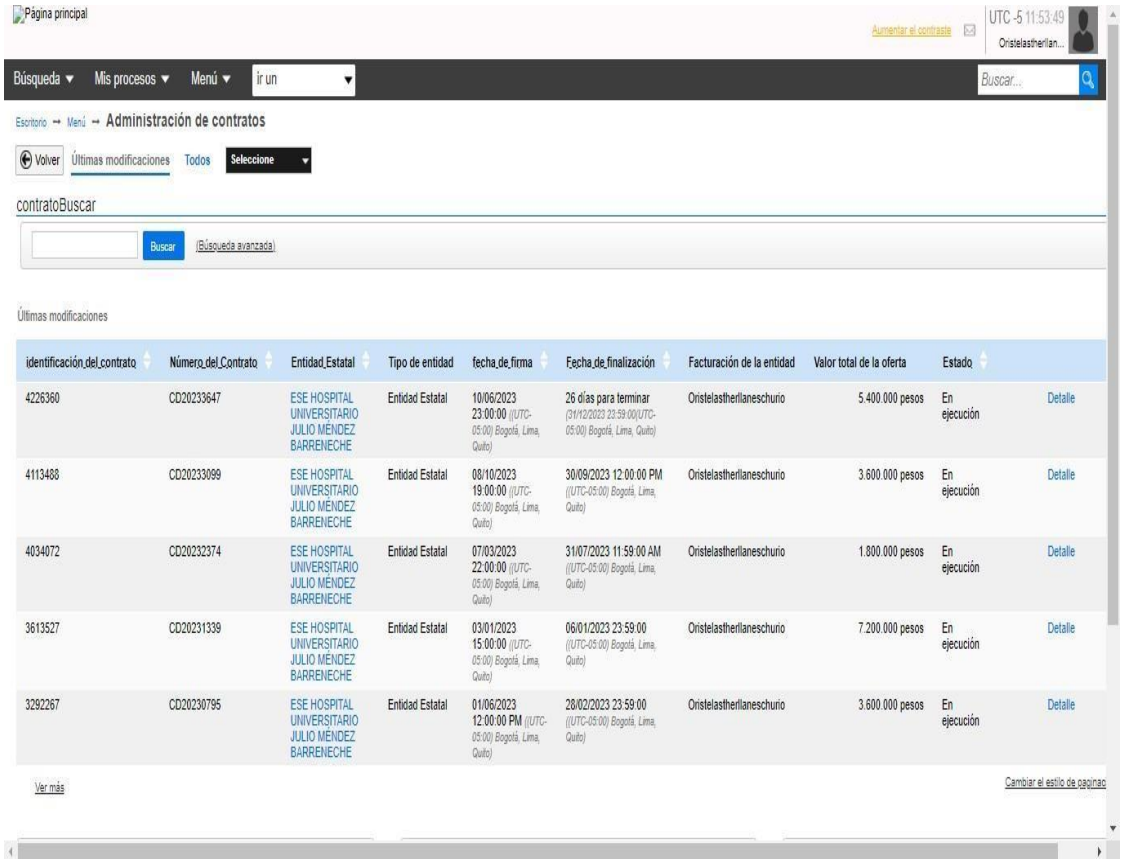
HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 02 FECHA DE ULTIMA REVISION: 07/09/2023 PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) Dorisela E Llanes Chavez identificado con C.C./C.E./P.P No 39047629 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 21 del mes de Diciembre de 2023.

Firma
Nombre Dorisela Estela Llanes Chavez
Cédula 39047629.


Página principal
Aumentar el contraste
UTC -5 11:53:49
Oristelastherllan...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
ir un
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
contratoBuscar
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
identificación del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
4226360 CD20233647 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE Entidad Estatal 10/06/2023 23:00:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) 26 días para terminar (31/12/2023 23:59:00(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) Oristelastherllaneschurio 5.400.000 pesos En ejecución Detalle
4113488 CD20233099 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE Entidad Estatal 08/10/2023 19:00:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) 30/09/2023 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) Oristelastherllaneschurio 3.600.000 pesos En ejecución Detalle
4034072 CD20232374 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE Entidad Estatal 07/03/2023 22:00:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) 31/07/2023 11:59:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) Oristelastherllaneschurio 1.800.000 pesos En ejecución Detalle
3613527 CD20231339 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE Entidad Estatal 03/01/2023 15:00:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) 06/01/2023 23:59:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) Oristelastherllaneschurio 7.200.000 pesos En ejecución Detalle
3292267 CD20230795 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE Entidad Estatal 01/06/2023 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) 28/02/2023 23:59:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) Oristelastherllaneschurio 3.600.000 pesos En ejecución Detalle
Ver más
Cambiar el estilo de paginac

Santa marta 20 De Marzo 2024

Doctor

German Gaviria Vargas

Cordial Saludo.

Por medio de la presente me dirijo a usted respetuosamente, para presentar mis servicios ante esta entidad como Auxiliar de Enfermerí´a, es de mi interes colaborarles y apoyarlos en los distintos objetivos de forma eficiente y eficaz, así´poder contribuir, en las metas y objetivos, propuestas en dicha entidad de salud.

Agradezco todo suapoyo,



Firma_____

CC:39047629

Direccion: Carrera 5# 643 Pescaito

Correo: oristelallanes @gmail.com

Celular:3002386467

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14514369447

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 9 0 4 7 6 2 9 | 6. DV: 7 | 12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta: 1 9 | 14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 0 4 7 6 2 9	1 9 9 7 1 0 1 4

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
LLANES	CHURIO	CRISTELA	ESTHER

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 5 6 43 BRR HOLAYA HERRERA

42. Correo electrónico: omardelahoz81@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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. OPC

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. Asesor: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2019-05-21

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada:

666. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

665. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 13-12-2023 03:58:49PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Llanes	Chirio	Oriaiela Esther

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39047529 — 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 25 MES 06 AÑO 1979

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 5A A SUR null null kra 5 # 6-43

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: orialallanes@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA 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).

ESPECIFIQUE 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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO						
	Día	14	Mes	10	Año	2020	Día		Mes		Año		
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA ADMINISTRACION DE SALUD						DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 OESTE los sicasares						

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	3	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	1

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ✓ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 Magdalena Diciembre 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

REPUBLICA DE COLOMBIA

LA

CORPORACION EDUCATIVA DE LA COSTA ATLANTICA

SANTA MARTA - MAGDALENA

Aprobado de 6°. A 11°. Según Resolución No. 626 Del 9 de Noviembre de 1998
Emanadas de La Secretaría de Educación del Departamento del Magdalena

CONFIERE A:

ORISTELA E. LLANES CHURIO

Identificado(a) con C.C No. 39.047.629 de Santa Marta

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación media académica, según los planes y programas vigentes

Rector (a)

Secretario (a)

Dado en Santa Marta, a los ___ Dias del mes de Diciembre de 1998

En nombre de la República de Colombia
Y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional

La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital
Según Resolución No 108 del 18 de Febrero de 1997 Y 411 de 2000

En atención a que

ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO

Identificado/a/ con C.C. 39.047.692 expedida en la ciudad de Santa Marta/Magd./

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación no formal conforme a la norma reglamentada por el decreto 114 de 1.996 artículo 13.

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico En:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Intensidad Horaria 2400 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta.
El día 28 del mes de Febrero del año 2003 Acta de Grado No 0173

Director (a)

Coordinador Académico

Coordinador Programa

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

Aprobación Oficial No. 108 del 18 de febrero de 1997 Y 411 Del 6 De Septiembre De 2000

ACTA DE OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS No 0173

En la ciudad de santa marta, departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:00 PM del día 28 de Febrero de 2003, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de aptitud ocupacional como técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A : ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la institución y Cuerpo Docente.

Numero de horas 2400 Horas

Para constancia se firma la presente acta en el numero de copias que ordena el reglamento académico

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

Escaneado con CamScanner

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

RESOLUCIÓN No. 47-0798

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

CONSIDERANDO:

Que, **ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO** identificada con cédula de ciudadanía N° **39.047.629**, ha solicitado el registro de su TITULO de **TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó: LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA "CETECOS", según Acta de certificación No.**0173** , de fecha 28 de febrero de 2003.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO** para ejercer la profesión de **TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

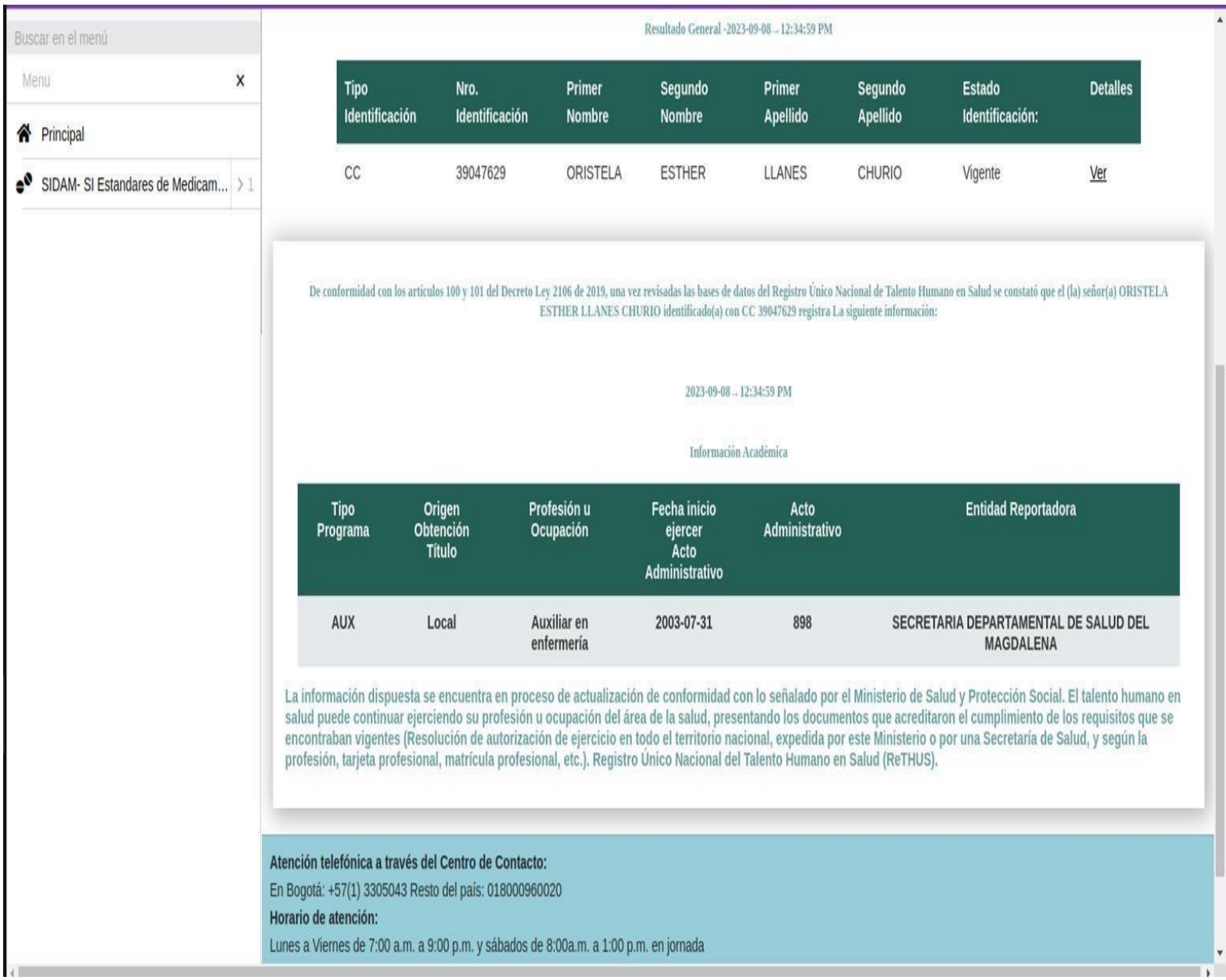
Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 31 JUL 2003

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

Proyectado por MARYNELA FLOREZ

PARA PROGRESAR EN SERIO


Buscar en el menú
Menu
Principal
SIDAM- SI Estandares de Medicam...
Resultado General -2023-09-08 - 12:34:59 PM
Tipo Identificación
Nro. Identificación
Primer Nombre
Segundo Nombre
Primer Apellido
Segundo Apellido
Estado Identificación:
Detalles
CC
39047629
ORISTELA
ESTHER
LLANES
CHURIO
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) ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO identificado(a) con CC 39047629 registra La siguiente información:
2023-09-08 - 12:34:59 PM
Información Académica
Tipo Programa
Origen Obtención Título
Profesión u Ocupación
Fecha inicio ejercer Acto Administrativo
Acto Administrativo
Entidad Reportadora
AUX
Local
Auxiliar en enfermería
2003-07-31
898
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).
Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menu

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.

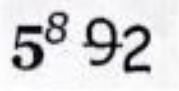
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 39047629

Primer Nombre: oristela

Primer Apellido: llanes

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2795

Consultar | Limpiar

Resultado General -2023-12-01 – 11:43:01 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	39047629	ORISTELA	ESTHER	LLANES	CHURIO	Vigente

De conformidad con los articulos 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) ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO identificado(a) con CC 39047629 registra La siguiente información:

2023-12-01 – 11:43:01 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermeria	2003-07-31	898	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ORISTELA ESTHER LLANES CHURRIO

C.C. 39047629

por haber asistido y aprobado el curso:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género.

Realizado en modalidad virtual **del 01 al 03 de Septiembre de 2020,**
con una intensidad horaria de 40 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019, y lo exigido en la ley 1146 del 2007 y Res 0459.

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

Regina Ortega Goal
PSICÓLOGA

Alfredo Bolívar Tavera
MÉDICO PERITO

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co

IMG-20200905-WA0017.jpg

7/9/2020

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/QgrcJHrtjpqHCpCPRPjbNdLpdSzZVrCFq?projector=1&messagePartId=0.1

1/1

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Oristela Esther Llanes Churio

c.c. 39047629 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2022-11-27
Fecha de vencimiento: 2024-11-27

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. 901366232-1

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

Certifica

Oristela Esther Llanes Churio

CC 39047629 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.

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

Fecha de emisión: 2022-12-01
Fecha de vencimiento: 2024-12-01

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Oristela Esther Llanes Churio

c.c. 39047629 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: 2022-11-29

Fecha de vencimiento: 2024-11-29

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 14/09/2023 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Nombres y Apellidos: Oristela Esther Llanes Churio
Cédula: 39047629
Sexo: F
Edad:44 Años
Labor a Desempeñar: Auxiliar de enfermería
Celular:3002386467
Correo Electrónico: oristelallaneschurio@gmail.com

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación en video llamada, se procede a realizar examen y verificación de datos. por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso del visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes para atender sus pacientes. Acatando medidas frente a los Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como CoviD-19, Otros Virus y Bacterias.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: ○ HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE ○ PAUSAS ACTIVAS ○ USO DE EPP ○ CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.
La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud. Evaluada por teleconsulta decreto 358 del 2020–telemedicina resolución 2654 de 2019 artículo 2 de la ley 1419 de 2010



SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos — Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163901-Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	Distrito:SANTA MARTA	Municipio	Distrito:SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 . Barrio: Libertador .
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0343086***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección:AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Telefono(s):4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico:saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte II, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, y no requiere para la modificación o cualquier

Código Interno Medicad_PS-1400018

Versión 3.0

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

HERES
SALUD LTDA.
NIT. 819.004.134 - 8

Somos Tu Luz de Esperanza !

Atención Médica Integral • Medicina Interna • Cardiología
Sicología • Nutrición • Trabajo Social • Laboratorio Clínico
Enfermería • Atención a Domicilio

SE DA CONSTANCIA QUE

La señora **ORISTELA ESTHER LLANES CHURRIO,** *identificada con* cédula de ciudadanía No. 39.047.629 de Santa Marta, presto sus servicios en esta Institución en la modalidad por eventos a domicilio como AUXILIAR DE ENFERMERIA, durante el periodo de 1 de Junio de 2012 a 18 de Agosto de 2018.

La presente constancia se expide a solicitud de la parte interesada en Santa Marta, hoy miércoles (19) de Septiembre de 2018.

Atentamente,

Paola Romero Rincon
Recursos Humanos

39047627

Calle 22 No. 17A - 62 • Tel.: (095) 420 0800 Telefax: (095) 420 1279 • Cel.: 315 760 4041
E - mail: info@heresips.com.co
www.heresips.com.co • Santa Marta, D.T.C.H. - COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

Home Salud
Asistencia Médica Integral Domiciliaria

C E R T I F I C AMOS

Que la señora **ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 39.047.629 de Santa Marta, sostuvo Contrato Civil de Prestación de Servicios Técnicos de carácter independiente como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** con nuestra empresa ,demostrando ser una persona respetuosa, responsable y cumplidora de su deber.

Se expide esta certificación por solicitud del interesado a los veintiocho (28) días del mes de Marzo de Dos Mil Once (2011)

Linda Lahud de Kalil
Dilección de Recursos Humanos
Home Salud y Cia S.A.
Nit 830.063.394
PBX 2360221 ext.104

Home Salud

Escaneado con CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 39047629 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 01/12/2023 08:58 AM

Código Verificación: **C9ZR1X7VMW**

Válida hasta: **29/02/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificado de Vacunación

Institución: _____

Nombre: Cristela Nares Churio

Identificación: 39049629 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Fiebre A	Unica	05/10/19	FAPA233	
FA	Unica	05/10/19	P224514	
HB	1	08-10-19	U1fx194(1)	

Gerencia de Salud Pública

Vacuna				Firma Vacunador
	Recomvax B 1 dosis			
		Lot No: UFXT9201		
		MANUF: 03 Jan.19		
		EXP: 02 Jan.22		

SPCD.SAPAS.18.07.0081

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	2023-12-01 14:06

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ORISTELA	ESTHER	LLANES	CHURIO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	39047629

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$1.800.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

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 [ ]

...ción 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

...go 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:

SaludTotal.

STAMARTA, Diciembre 1 de 2023

Señora:
LLANES CHURIO ORISTELA ESTHER
CC. 39047629
CR5 6 43 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 2 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
LLANES CHURIO ORISTELA ESTHER	39047629	C	Ago-2-2021	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
DE LA HOZ LLANES DAVIS DEL PIERO	1082920648	T	Ago-2-2021	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
DE LA HOZ LLANES THIAGO	1083023426	T	Ago-2-2021	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	39047629	Dependiente	CERRADO
ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO	39047629	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LLANES CHURIO ORISTELA ESTHER** identificado(a) con CC número **39.047.629** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

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

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

HJMB	FORMATODEVINCULACIONDEPERSONANATURAL	CODIGO FIN.CAP VERSION 0 0 2 FECHADEULTIMAREVISIÓN: 1 0 / 1 2 / 2 0 2 1

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Kra 5ta calle 6-43	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Cristales Esthiven Llanes Churrio														Sexo			
														M		F	
Tipo de Documento									Numero		Expedido en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E.		T.I.		R.C.		PP	1904762 9		Santa Marta			10/04/1997			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel de educativo					No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda				Zona Residencia	
Soltero	Casado	Divorciado		Unión libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico		Universidad		Propia	Arrendada	Familiar		Rural	Urbana
	X							X						X			X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio						Municipio Ciudad				Departamento	
23	08	00				Kra 5ta calle 6-43						Santa Marta				Magdalena	
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono	
Cristalesjan@hotmail.com												3002396467					
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU					
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado									
Detalle Actividad Económica												Descripción de CIIU					
Activ																	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENOR DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal									Numero	
	C.C				P.P					

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa donde Negocio									Cargo				
	Pública	X	Privada		Mixta		Otra cual?						
Dirección de empresa o negocio						Ciudad			Barrio			No. Telefono	
Cra 14 # 23 - 42						Santa Marta			Alcazares				
Maneja dinero del Estado o entidad pública municipal?									SI			NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.800.000			Total Egresos mensuales 1.800.000				
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos 1.800.000			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declaración?	SI		NO	

Es servidor Público o? Si es servidor público o declara ejercer mando o poder público, goza de reconocimiento Público o?

No

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

No

Declaro que el origen de los fondos con los cuales emprendo la cuenta y/o efectúo depósitos en desarrollo de mi relación contractual con la Clínica provienen de mi actividad económica como Mesa la como auxiliar de enfermería

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN

1. Declaro y entiendo que el objeto de la apertura, certificados y demás productos que voy a recibir de la Clínica es exclusivamente para la realización de actividades lícitas contempladas en el Código Penal Colombiano y en cualquier norma que lo modifique, adicione, reglamente o sustituya. 2. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable al C. S. E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha a solicitar en cualquier momento y sin restricción alguna, información sobre el manejo de mis productos financieros y/o activos que mantenga o llegue a mantener con la Clínica. 3. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable al C. S. E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha, para que en desarrollo de su objeto social y en el giro ordinario de sus negocios, pueda consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información relacionada con mi persona y/o la de mi representada a cualquier operador, Centrales de Información del Sector Financiero, Bases de información actualizadas en el momento que la Clínica lo estime conveniente. 4. Autorizo a la Clínica para que consulte, procese, conserve y suministre la información de mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios a cualquier operador de información y riesgo crediticio, financiero, comercial y de servicios, nacional o extranjero, o a cualquier entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la C. S. E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercado, 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 bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente a las entidades financieras que generen y mantengan información sobre obligaciones. Declaro que: 1. me comprometo a actualizar anualmente, y cuando se solicite, la información de este formulario y presentar la documentación requerida para la

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico que la anterior información aportada en el presente documento es cierta y habiendo leído y comprendido y aceptado

ÍNDICE DERECHO

Cristales Llanes

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento