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

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Kelly Liseth Gutierrez de Avila Identificado con Cédula No. Enfermera y Profesión 1.004.308.056 **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: Kelly Gutierrez de Avila

	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**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
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.**		X
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**)		X
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	Carnet 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://www.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/	✓	



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.308.056
GUTIERREZ DE AVILA

APELLIDOS
KELIA LISETH

NOMBRES
Kelia Gutierrez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-2000
ARIGUANI (EL DIFICIL)
ARIGUANI (MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

26-NOV-2016 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA PACHA



A-2101200-01291286-F-1004308056-20200422 0078835586A 1 8504788550

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1004308056**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1004308056	GUTIERREZ	DE AVILA	KEILA	LIZETH	2024-05-06, 11:40 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El (la) suscrito(a) **KEILA LISETH GUTIERREZ DE AVILA,** identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.004.308.056 expedida Santa Marta - Magdalena, 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 06 del mes de Mayo de 2024.

Firma Keila G.
Nombre **KEILA LISETH GUTIERREZ DE AVILA**
Cédula 1.004.308.056 de Santa Marta- Magdalena

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste UTC -5 12:48:33

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	V.

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

Santa Marta, 06 de Mayo 2024

Doctor:
NORA ANILLO ROMERO
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Asunto: Propuesta de Servicios.

Yo, **KEILA LISETH GUITERREZ DE AVILA**, Identificada con cedula de ciudadanía No 1.004.308.056, de Santa Marta- Magdalena por medio de esta carta pongo a consideración la presente propuesta:

Con grato placer me dirijo a ustedes con el objetivo de ofrecerle mis servicios como **ENFERMERA PROFESIONAL,** a través de este escrito pido la oportunidad de pertenecer al equipo de trabajo de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Cuento, con amplia calidad como profesional de la salud con gran interés en el mejoramiento continuo de mis habilidades y fortalezas. Me caracterizo por ser responsable y ejercer con transparencia mis actividades, laborar con empatía y adaptabilidad con estas cualidades y valores ayudare al H.U.J.M.B a conseguir los objetivos planteados a lo largo de nuestro trabajo.

Agradeciendo de antemano su decisión, le saludo con la más alta estima y consideración.

Atentamente

KEILA LISETH GUITERREZ DE AVILA
CC. No. 1.004.308.056, de Santa Marta
Cel. 304 358 9070
Dir. Mz 7 casa 9 Urb. Andrea carolina
Email. keilagu.2000@gmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14830080175

(415)7707212489984(8020) 000001483008017 5

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 4 3 0 8 0 5 6	2 0 1 8 1 1 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ariguaní 0 5 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	DE AVILA	KEILA	LISETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Bosconia 0 6 0

41. Dirección principal: CL 3 # 1 A - 167

42. Correo electrónico: keilagu.2000@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 0 1 0 2 0	3 0 4 3 5 8 9 0 7 0	3 1 1 6 6 9 8 2 3 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 9	2 0 2 2 0 2 2 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024- 05 -06 / 01 :29: 36

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GUTIERREZ DE AVILA KEILA LISETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

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
GUTIERREZ	DE AVILA	KELIA LISETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1004308056 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 21 MES 09 AÑO 2000

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: ARIGUANI

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: MANZANA 12 CASA 2 URB NUEVO HORIZONTE

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3043589070 EMAIL: Keilagu.2000@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 12 AÑO 2016

EDUCACION 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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO				No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		ENFERMERA	02	2	0	2	2	50161

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SOCIEDAD MEDICA CLINICA MAICAO S.A		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
LA GUAJIRA	MAICAO	Referencia@clinicamaicao.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
725-65-00	DÍA 27 MES 02 AÑO 2022	DÍA 20 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA		CALLE 16 # 6- 41

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

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*
ENFERMERA		11

5 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 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).



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

Certificación N° **CE-01228**

LA SUSCRITA JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA SOCIEDAD MÉDICA CLÍNICA MAICAO S.A

HACE CONSTAR:

Que la señora **KEILA LISETH GUTIERREZ DE AVILA,** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.004.308.056** de SANTA MARTA (MAGDALENA); ha desempeñado el cargo de **ENFERMERA JEFE** en nuestra institución desde el 27 de febrero del 2022 hasta el 20 de diciembre del 2022, en las siguientes áreas:

- Unidad funcional de Hospitalización.
- Unidad de cuidados Intensivos Neonatal.

Para mayor constancia se firma en Maicao, municipio de La Guajira el 10 de enero del 2023.

SOCIEDAD MEDICA CLINICA MAICAO
RECURSO HUMANO

DARLYS NAVARRO GOMEZ
JEFE DE TALENTO HUMANO

La República de Colombia
y en su nombre

Institución Educativa Departamental Técnica Agropecuaria

"Benjamín Herrera"

Pueblo Nuevo – Magdalena

Aprobado por la Secretaria de Educación Departamental
según resolución N°. 738 del 12 de Noviembre de 2010

Confiere a:

KEILA LISETH GUTIÉRREZ DE ÁVILA

1.004.308.056 Expedida en Ariguani

El titulo de:

Bachiller Técnico

Por Razón haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según el plan de estudios ofrecido por esta Institución de acuerdo a la ley 115 de 1994.

Henry Alfredo Olmos Zarate
C.C. 72.126.308 de Barranquilla
Rector

Magaly Maria Peña Rojano
C.C. 39.066.495 de Ariguani
Secretaria

Anotado bajo Acta de Graduación General N° 024 Folio N°. 0 del Libro N° 04 Fecha Dia 09 mes Dic año 2016

Dado en Pueblo Nuevo – Magdalena, Colombia, a los 09 días del mes de Diciembre de 2016

DANE
247058000987
NIT
819002397-9

La República de Colombia
y en su nombre

Institución Educativa Departamental Técnica Agropecuaria

"Benjamín Herrera"

Pueblo Nuevo – Magdalena
Autorizado por la secretaria de Educación Departamental.
Registro secretaria de Educación Nº. 758 del 12 de Noviembre de 2010

Acta Individual de Grado

En de Pueblo Nuevo, Ariguani, a los 09 días del mes de **Diciembre** del año **2016** se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de ultimo grado, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoria la **INSTITUCÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL TÉCNICA AGROPECUARIA BENJAMÍN HERRERA, Modalidad BACHILLER TÉCNICO** según resolución (es) Numero (os) **758 del 12 de Noviembre de 2010** y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Titulo de **BACHILLER TÉCNICO.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los Estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER TECNICO**. Al graduado cuyo numero de orden, nombres, apellidos y número de Documento de Identificación se relacionan a continuación:

16 GUTIÉRREZ DE ÁVILA KEILA LISETH

T.I. 1.004.308.056 Expedida en Ariguani

Es fiel copia tomada del acta original No. 024 de fecha 09 de Diciembre de 2016 esta acta consta de 43 Estudiantes comienza con el Nombre de **ÁLVAREZ MADERA MARTÍN JUNIOR,** Y terminó con el nombre de **ZAPATA HERNÁNDEZ MARÍA ISABEL.**

En constancia se firma la presente acta por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en la ley 115 de 1.994.

Henry Alfredo Olmos Zarate
C.C. 72.126.308 de Barranquilla
Rector

Magaly Maria Peña Rosado
C.C. 39.066.495 de Ariguani
Secretaria

Dado en pueblo Nuevo Ariguani a los 09 días del mes de Diciembre de 2016

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-3392-2022

PROGRAMA:	ENFERMERÍA
CODIGO SNIES:	4176
FECHA GRADO:	25 DE FEBRERO DE 2022
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que KELIA LISETH GUTIERREZ DE AVILA
con Cédula de Ciudadanía No 1.004.308.056 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ENFERMERA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 003 en sesión del día 11 de febrero de 2022.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) Facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) Facultad:	DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 25 DE FEBRERO DE 2022

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 29 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

KELIA LISETH GUTIERREZ DE AVILA

Cédula de Ciudadanía No. 1.004.308.056 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 25 de febrero de 2022

Libro de Registros No. 0060420221 Folio No. 009 Registro No. 0082
Refrendado en Santa Marta el día 24 de febrero de 2022

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos J
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Vanessa Llerena Betancour

VIGILADA MINEDUCACIÓN

GOBIERNO DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



KELIA LISETH GUTIÉRREZ DE ÁVILA
C.C. 1.004.308.056
Universidad Cooperativa De Colombia
Santa Marta
Fecha de Expedición Diploma: **25/02/2022**
Fecha de Inscripción en Rethus: **20/05/2022**

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Keila Lizeth Gutierrez De Ávila

CC: 1004308056

En el Curso de: **ACLS - SOPORTE VITAL AVANZADO** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón (A.H.A).

Para: **Enfermera Profesional.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **26** del mes de **Abril** del **2024** con una intensidad de **48 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Johanna Tapia M.
Directora Académica.
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Keila Lizeth Gutierrez De Ávila

CC: 1004308056

En el Curso de: **SVB - SOPORTE VITAL BASICO** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón (A.H.A).

Para: **Enfermera Profesional.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **08** del mes de **Febrero** del **2024** con una intensidad de **24 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Directora Académica.
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Keila Lizeth Gutierrez De Ávila

CC: 1004308056

En el Curso de: **TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO Y CITOLOGIA**

Para: **Enfermera Profesional.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el ministerio de educación bajo el artículo **43 de la ley 115 de 1994** y el acuerdo con el artículo **2.6.6.8. del DURSE.** El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **11** del mes de **Julio** del **2023** con una intensidad de **60 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Keila Lizeth Gutierrez De Ávila

CC: 1004308056

En el Curso de: **GESTIÓN DE DUELO**

Para: **Enfermera Profesional.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el ministerio de educación bajo el artículo **43 de la ley 115 de 1994** y el acuerdo con el artículo **2.6.6.8. del DURSE.** El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **13** del mes de **Julio** del **2023** con una intensidad de **60 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Keila Lizeth Gutierrez De Ávila

CC: 1004308056

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

Para: **Enfermera Profesional.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el ministerio de educación bajo el artículo **43 de la ley 115 de 1994** y el acuerdo con el artículo **2.6.6.8. del DURSE.** El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Basados en el marco del Decreto 1710 de 2020 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **26** del mes de **Agosto** del **2023** con una intensidad de **80 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

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:28/05/24
Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: **E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche**
Nombres y Apellidos: **Kelia liseth Gutiérrez De Ávila**
Cedula de Ciudadanía: 1004308056
Sexo: Femenino
Edad: 23 años
Labor a Desempeñar: **Jefe de Enfermería**
Principales Tareas: Planear, Organizar, ejecutar y supervisar planes y procesos asistenciales y administrativos del servicio de enfermería, para Velar por el cuidado y recuperación de los pacientes; trabajando en equipo, mostrando liderazgo y empatía**.** Y otras asignadas por la Dirección.
Celular: 3043589070
Correo: keilagu.2000@gmail.com

Examen Medico Ocupacional:

- **Osteomuscular:** Arcos de Movilidad sin limitaciones
- **Estimación Visual y Auditiva:** en Rango Normalidad
- **Aptitup al desempeño Laboral:** Positiva

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clinicos, comunicación y examen Médico normal, se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal, según los factores biomecánicos, psicolaborales, Bioseguridad y otros implícitos en el programa de SG-SST y el profesionalgrama. Importante acatar las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias

Recomendaciones:

- Hábitos de Estilo de Vida Saludable
- Higiene postural y de carga-Pausas Saludables
- Uso de EPP
- Cumplimiento de Normas de Higiene y seguridad en la Empresa.

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

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM 00556 S.M. LIC 1301
UNIVERSIDAD UNIVERSITARIA

SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE
Médico Esp SG-SST
R.M 0556 S.S.M-Lic. S.O. 1301 S.S.M

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

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 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019 y las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código Interno WinSanet_PS:149000150

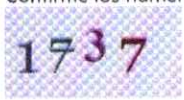
Versión 3.0

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	1004308056		

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6006

Limpiar

Resultado General -2024-05-06→1:04:19 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1004308056	KELIA	LISETH	GUTIERREZ	DE AVILA	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) KELIA LISETH GUTIERREZ DE AVILA identificado(a) con CC 1004308056 registra La siguiente información:

2024-05-06→1:04:19 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2022-05-20	1004308056	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

HACE CONSTAR QUE:

KELIA LISETH GUTIERREZ DE AVILA, identificada con cedula de ciudadanía No.1.004. 308.056 no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 " por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la enfermería en Colombia, se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene vigencia seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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 1004308056 **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 06/05/2024 12:41 PM

Código Verificación: **RJMFTGSZA2**

Válida hasta: **04/08/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Recombivax S - (HBsAg 10µg/1 ml) Adulto 1 dosis
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE

Lot No: UFX18008
MANUF: 05 Jul.18
EXP 04 Jul.21

lido en Colombia
trar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

VACUNACIÓN
Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena
NIT. 891703027-9

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: KELLY YISETH
Apellidos: GUTIERREZ DE AVILA
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1004308076
Fecha de Nacimiento: Dia 21 Mes 09 Año 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3	28-4-04	GSK lote [illegible]	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U	16-08-21	VISTAR	[illegible]
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1 V	24-8-18	1645F32	Jaleen
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	24-8-18	220151164	Jaleen
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	24-8-18	PF15006	Jaleen
	2	24-09-18	PFX1800b	
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	24-8-18	V50U8C08	Jaleen
	4	3-09-20	1150220008	Sanofi Aguila
H.A	1	24-8-18	N34777	Jaleen
Virus de Papiloma Humano	2	24-09-18	R006381	
DPT	1	24-8-19	boostrix™	Jaleen
Varicela				
Rodales U	1	24-8-19	AC3702814A 12 2012	Jaleen

Varicela 1 07/09/19

N029358

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Kelio Lisdi

Apellidos: Echeverri de Avila

Documento de identidad: C.C. 11 X Pasaporte No. 1007130805G

Fecha de Nacimiento: Día 21 Mes 09 Año 2000

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS



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	2024-05-06 08:12

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KELIA	LISETH	GUTIERREZ	DE AVILA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004308056

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

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:

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KELIA LISETH GUTIERREZ DE AVILA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.308.056**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
RADICADO
Chisuna Zapata Gallo

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: A1452

AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: GUTIERREZ | SEGUNDO APELLIDO: De Avila | PRIMER NOMBRE: Kelia | SEGUNDO NOMBRE: Liseth

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X | 8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1004308056 | 9. SEXO BIOLÓGICO: X

SEXO DE IDENTIFICACION: X | 10. FECHA NACIMIENTO: 21 09 00 | PAÍS DE NACIMIENTO: C/Bia | 11. NACIONALIDAD: C/Bia

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO: STA MTA | DEPARTAMENTO: MAGD | ZONA: CABECERA MUNICIPAL X | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL | TELÉFONO FIJO | EXT.

TELEFONO MOVIL: 3043589070 | CORREO ELECTRÓNICO: keilagu.2000@gmail.com | IPS | IPS ODONTOLÓGICA

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

39. Nombre o Razon Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Numero documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Keila Gutierrez	X	1004308056		Independiente

43. DIRECCION: Mz B Casa 9 Curinca | STA MTA | MAGD

FECHA INICIO DE RELACION LABORAL	CARGO	OCUPACION	SALARIO
29 05 24	Independ.	Independ.	1.300.000

3043589070

VI. FIRMAS

Keila Gutierrez

X 51. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

52. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta- Magdalena		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Keila Liseth Gutierrez de Arila												Sexo			
												M		F	X
Tipo de Documento								Número		Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1.004.308.056		Aríguani- Magdalena		26/11/2018	
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
x							x		x			x			
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
21	9	2000	Santa Marta- Magdalena			Mz 7 casa 9 Urb. Andrea carolina					Santa Marta			Magdalena	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
keilagu.2000@gmail.com											304 358 9070				
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado							
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU					

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche								Cargo		
	Publica	x	Privada		Mixta		Otro, cual?		ENFERMERA RPOFESIONAL		
Dirección de empresa o negocio	Ciudad						Barrio		No. Teléfono		
Carrera 14 # 23-42	Santa Marta- Magdalena						Alcazares				
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI		NO	x	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensuales	$0.			
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales	$0			
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministra	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?							
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?							
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:							

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente 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. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos



5. FIRMA Y HUELLA

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

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento