

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.359.090
OLIVEROS RODRIGUEZ

APELLIDOS
DAINYS

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1997
SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

30-SEP-2015 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00760597-F-1004359090-20151111 0047387171A 2 44961022

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Dainis Oliveros Rodríguez

CC 1004359090 de Santa Marta, Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2024-12-30
Fecha de vencimiento: 2026-12-30

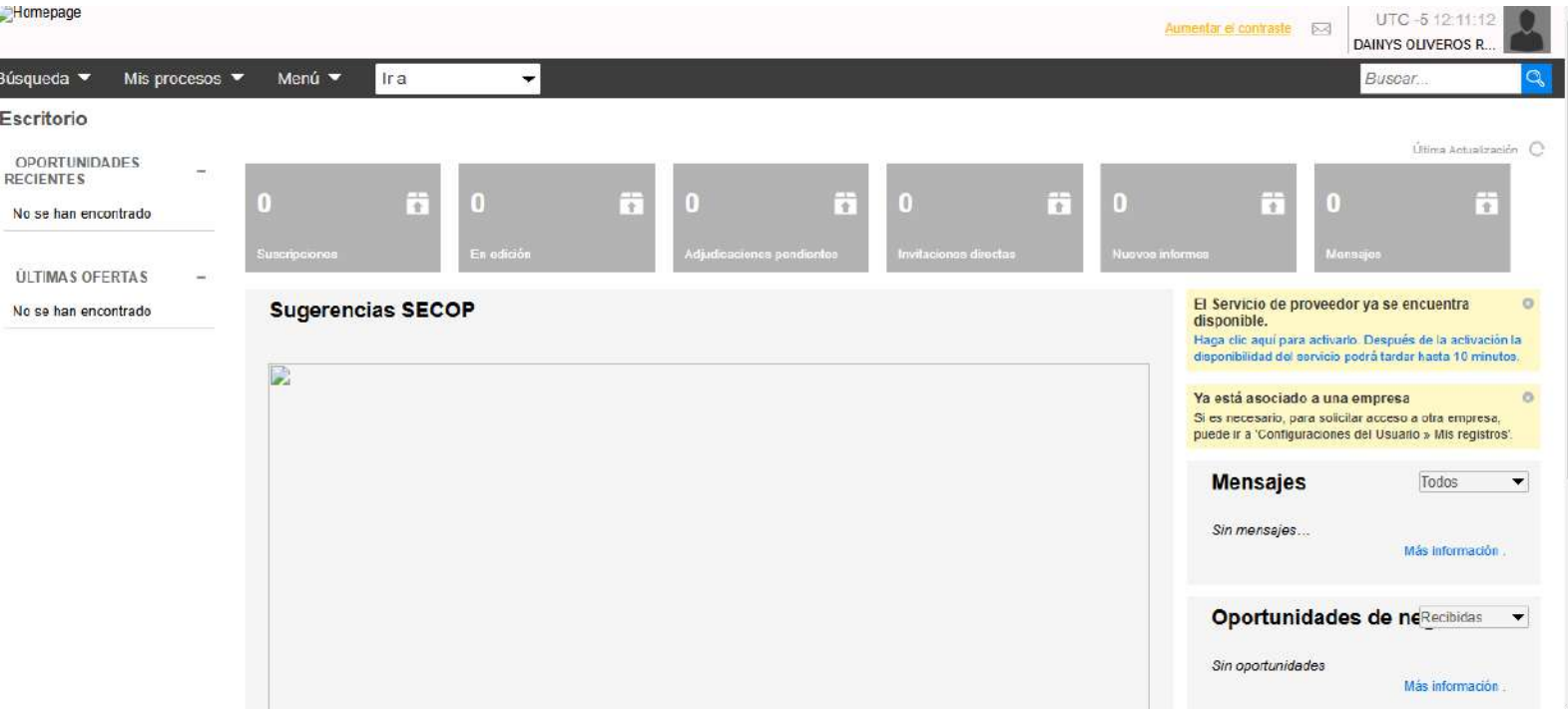
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

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


Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 12:11:12
DAINYS OLIVEROS R...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Última Actualización
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
0 Mensajes
Sugerencias SECOP
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de ne
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .

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:

DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.359.090**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Diciembre 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.

Bogotá, Diciembre / 27 de 2024

Señor (a): DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ
CC. 1004359090
CL 29C 2 03
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Abril / 8 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

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 y 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.

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 1004359090 **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 30/12/2024 12:19 PM

Código Verificación: **LDPMWHAK6Z**

Válida hasta: **30/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

12:10

Solicitud de certificado

D

mí 12:10

para TRIENFERCERTIFICADO

Buenas tardes envío documentos
Para solicitud de certificado.

dic 17, Doc 1.pdf

PDF

Responder

Reenviar

"Este documento es una fiel copia de un documento electrónico"
"Para convalidar la información de este documento, favor ingresar al sitio https://gc.ucc.edu.co:16201/vpo/, ingresar el radicado

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Radicado: SAN-02-2022-007225
Fecha : 26/01/22 11:05
Sede: Santa Marta

La Universidad Cooperativa de Colombia
certifica que

DAINIS OLIVEROS RODRIGUEZ

C.C. 1004359090

Cumplió a cabalidad los requisitos exigidos por la normatividad de la Universidad, por lo cual se le expide el presente certificado.

DIPLOMADO EN CUIDADO CRÍTICO

Llevado a cabo en la ciudad de **Santa Marta**, del **8** de **septiembre** del año **2021** al **15** de **octubre** del año **2021**, con una duración de **100** horas.

Anotado en el folio N° **476** del libro de registro y diplomas N° **8** refrendado en **Santa Marta** a los **21** días del mes de **enero** del año **2022**.

En testimonio de ello se firma en **Santa Marta** a los **24** días del mes de **enero** de **2022**

Adriana Santarelli Franco
DIRECTOR(A) CAMPUS

El presente documento no tiene validez sin la firma o si presenta borrón o enmendadura. La información contenida en este certificado es extraída directamente del sistema de información académica.

Proyectó:
Revisó:

Powered by CamScanner

G0140044998 – 1004359090

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

DAINIS OLIVEROS RODRIGUEZ

CC. 1004359090

CURSO – TALLER

SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO
"BASIC LIFE SUPPORT" – "ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT"
BLS – ACLS

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios, con Instructor A.H.A siguiendo los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020. Realizado en el Mes de abril de 2024 con una intensidad de cuarenta y ocho **(48) Horas**. Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de su expedición.

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT: 900.792.444-9 matrícula mercantil 611199 - **GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA respaldado por la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**

@GESCON2
MAS INFORMACIÓN
AQUÍ

LUIS EDUARDO MENDOZA GAMARRA
CEO grupo GESCONS S.A.S

MARIO PAYÁN
Gerente LATAM de GESCONS S.A.S

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
Representante legal / Gerente general de Gescons S.A. de. C.V.

Dado en Colombia el 6 de abril de 2024
https://www.gesconseduca.com/

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD

NIT: 900.792.444-9

DAINIS OLIVEROS RODRIGUEZ

CC. 1004359090

BASIC LIFE SUPPORT - ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT

B.L.S. - A.C.L.S

Código:
G0140044998

DECRETO 1075-6 DEL 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

RES. 2003 DEL 2014 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

EGRESADO: 6 de abril de 2024

VALIDO POR DOS AÑOS

Cursó y aprobó el programa de BLS - ACLS. Guías Actualizadas 2020 - 2025 acorde los lineamientos estipulados por la AHA (American Heart Association)

G0140044998 – 1004359090

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

DAINIS OLIVEROS RODRIGUEZ

CC. 1004359090

CURSO – TALLER

SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO
"BASIC LIFE SUPPORT" – "ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT"
BLS – ACLS

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios, con Instructor A.H.A siguiendo los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020. Realizado en el Mes de abril de 2024 con una intensidad de cuarenta y ocho **(48) Horas**. Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de su expedición.

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT: 900.792.444-9 matrícula mercantil 611199 - **GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA respaldado por la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**

@GESCON2
MAS INFORMACIÓN
AQUÍ

LUIS EDUARDO MENDOZA GAMARRA
CEO grupo GESCONS S.A.S

MARIO PAYÁN
Gerente LATAM de GESCONS S.A.S

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
Representante legal / Gerente general de Gescons S.A. de. C.V.

Dado en Colombia el 6 de abril de 2024
https://www.gesconseduca.com/

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD

NIT: 900.792.444-9

DAINIS OLIVEROS RODRIGUEZ

CC. 1004359090

BASIC LIFE SUPPORT - ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT

B.L.S. - A.C.L.S

Código:
G0140044998

DECRETO 1075-6 DEL 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

RES. 2003 DEL 2014 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

EGRESADO: 6 de abril de 2024

VALIDO POR DOS AÑOS

Cursó y aprobó el programa de BLS - ACLS. Guías Actualizadas 2020 - 2025 acorde los lineamientos estipulados por la AHA (American Heart Association)

CERTIFICADO
DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

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

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. **1.004.359.090**

Asistió y aprobó la actualización teórico - práctica en

MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE QUEMADO

Realizada el día 12 de Febrero de 2023 en Santa marta (magdalena), con una intensidad de 40 (cuarenta) horas.

Angélica Peña
Directora Administrativa

Fabián Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"

CERTIFICADO
DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

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

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. **1.004.359.090**

Asistió y aprobó la actualización teórico - práctica en

AFRONTAMIENTO DE DUELO Y TERAPIA EMOCIONAL

Realizada el día 21 de Marzo de 2023 en Santa marta (magdalena), con una intensidad de 40 (cuarenta) horas.

Angélica Peña
Directora Administrativa

Fabián Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"

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.

En atención a que

DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ

Cédula de Ciudadanía No. 1.004.359.090 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 28 de enero de 2022

Libro de Registros No. 0060420221 Folio No. 001 Registro No. 0004
Refrendado en Santa Marta el día 27 de enero de 2022

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

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

Registros y Diplomas: Vanessa Llerena Betancour

VIGILADA MINEDUCACIÓN

G0140044993 – 1004359090

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

DAINIS OLIVEROS RODRIGUEZ

CC. 1004359090

CURSO – TALLER

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico – práctico. Realizado en el mes de abril de 2024 con una intensidad de cuarenta **(40) horas**.

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT: 900.792.444-9 matrícula mercantil 611199 - **GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA respaldado por la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**

@GESCON2
MAS INFORMACIÓN
AQUÍ

LUIS EDUARDO MENDOZA GAMARRA
CEO grupo GESCONS S.A.S

MARIO PAYÁN
Gerente LATAM de GESCONS S.A.S

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
Representante legal / Gerente general de Gescons S.A. de. C.V.

Dado en Colombia el 6 de abril de 2024
https://www.gesconseduca.com/

LABORATORIO CLÍNICO MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 03/01/2024

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ
Responsable: El mismo paciente
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL
Edad: 26
Estado civil: Soltero
Teléfono:
Nº hijos: 0
EPS: Salud Total EPS

Empresa en misión:
Identificación: CC: 1004359090
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 29/08/1997
Genero: Femenino
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Dirección: Santa marta,
ARL:
AFP: Porvenir S.A.



Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

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

Recomendaciones especificas

Destinatario: Empleado
Permanente: No
Fecha inicial:
Fecha final:
Duración:
Recomendación:
HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
NOTAS:
- SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

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

Aspirante o trabajador
DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ
Identificación: CC: 1004359090

Laboratorio Clinico Martinez S.A.S
Fecha impresión: 03/01/2024 CALLE 22 # 14 - 70 CONSULTORIO 7, CENTRO MEDICO PERLA DEL CARIBE, Santa marta, Magdalena - **Teléfono:** 4313622 - **Nit:** 900227844-1

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

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**CONSENTIMIENTO INFORMADO** **CONSULTA EN BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC19F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 11/12/2024 PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) __Dainys Oliveros Rodriguez identificado con C.C./C.E./P.P No. 1004359090 _ 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, en el mes de diciembre de 2024.



Firma: _____

Nombre: Dainys Oliveros Rodriguez _____

Cédula: 1004359090 _____

COPIA CONTROLADA

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-12-28 15:14

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DAINYS		OLIVEROS	RODRIGUEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004359090

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$12.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$12.000.000,00

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

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

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:

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		9/07/2024

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Dainys Oliverys Rodriguez				Sexo			
				M		F	x

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1004359090	Santa Marta	30/09/2015

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

29/08/1997			Lugar de nacimiento.	Direccion de Docmicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
29	8	1997	SANTA MARTA	Calle 29c#203 Av del rio	SANTA MARTA	MAGDALENA.

Correo electronico	No. Celular	Telefono
Dainis199729@gmail.com	3206230244	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$3.000.000			Total Egresos mensules	$ 3.000.000				
Otros Ingresos Mensuales				Otros Egresos Mensuales					
Total Activos				Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrad	Mes	julio	Año 2024	Es declarante?	SI		NO	X	

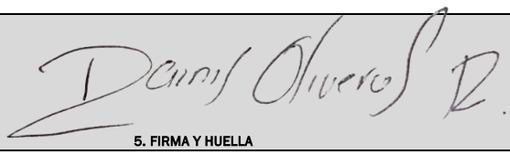
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene 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





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

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*
Oliveros	Rodriguez	Dainys

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1004359090

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*:

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES 08 AÑO 1997

PAÍS

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS DEPTO

MUNICIPIO

TELÉFONO EMAIL dainis199729@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2015
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	12	2021	1004359090

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 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		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA		*DEPENDENCIA* ARE DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 NORTE 23 42 barrio alcazar					

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		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA		*DEPENDENCIA* JEFE DE ENFERMERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 NORTE 23 42 barrio alcazar					

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		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA		*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 NORTE 23 42 barrio alcazar					

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		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA		*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 NORTE 23 24 barrio alcatzar					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA EL PRADO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3107280497		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	03	*Año*	2022	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA		*DEPENDENCIA* ARE DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 NORTE 25 26 NORTE centro					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL - CIENAGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* CIÉNAGA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4100747	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5A 21A 2					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	4

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

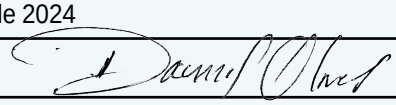
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO _x_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, Diciembre de 2024



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Santa Marta, Magdalena, 27 de diciembre del 2024

Estimados señores
Nora Elvira Anillo Romero
Gerente.

Propuesta de servicio

Cordial saludo, mi nombre es Dainys Oliveros Rodríguez, soy Enfermera profesional desde el año 2022 en enero, cuento con experiencia laboral en la Clínica el Prado con una duración de 9 mesesy la Clínica la Costa con una duración de 6 meses, además, de la experiencia adquirida en la Universidad en mis prácticas profesionales, he trabajado en pro del cuidado y mantenimiento de la salud de los pacientes, brindándoles mis conocimientos y una atención humanizada a cada paciente al que he tratado y mejorando cada día con los nuevos conociendo y experiencias quehe experimentado a lo largo del ámbito laboral, por otro lado, he trabajado siempre de la mano con los demás compañeros y equipo de trabajo, proporcionando un excelente ambiente laboral.

Estoy decidida a brindar una atención de calidad y proporcionar un cuidado humanizado y estoy altamente capacitada para trabajar en equipo, coordinar de manera adecuada el cuidado de lospacientes, así mismo, soy una persona que es capaz de adaptarse a diferentes circunstancias, lugares y/o situaciones que puedan llegar a presentarse en el entorno tanto laboral como personal.

Por último, estoy dispuesta a asumir retos y adquirir nuevos conocimientos.



DAINYS OLIVEROS
RODRIGUEZC.C.
1.004.359.090
Dirección: Calle29c#203 Santa Marta Av. del Rio
Email:
Dainis199729@gmail.comCel:
3206230244

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1004359090**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1004359090	OLIVEROS	RODRIGUE	DAINIS	NO TENGO	2023-12-12, 5:48 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1004359090	OLIVEROS	RODRIGUEZ	DAINYS	.	2023-12-13, 9:34 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1004359090	OLIVEROS	RODRIGUE	DAINIS	NO TENGO	2023-12-12, 5:48 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
4	1004359090	OLIVEROS	RODRI	DAINIS	NO TENGO	2024-06-20, 3:02 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

Powered by CamScanner

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Resultado General -2024-08-15--5:28:44 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1004359090	DAINYS		OLIVEROS	RODRIGUEZ	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) DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1004359090 registra La siguiente información:

2024-08-15--5:28:44 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesion u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2022-02-25	1004359090	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 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).

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141081950593

(415)7707212489984(8020) 000014108195059 3

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 4 3 5 9 0 9 0	

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
OLIVEROS	RODRIGUEZ	DAINYS	

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: CL 29 C 2 03 BRR SIMON BOLIVAR AV DEL RIO

42. Correo electrónico: dainis199729@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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 1 0	2 0 2 2 0 2 0 1							

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	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CLÍNICA PRADO
Servicio Humanizado por Vocación

SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO DE SOCIEDAD MEDICA DE SANTA MARTA S.A.S
Nit 891701664-1

CERTIFICA

Que la Señora DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ, identificada con cédula de ciudadanía n° 1004359090, tuvo un contrato de trabajo con la empresa desde el 17 de Marzo de 2022 hasta 13 de Diciembre de 2022 desempeñando el cargo de PROFESIONAL EN ENFERMERIA.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Santa Marta el día 17 de Agosto de 2023.

Atentamente,

TATIANA TRUJILLO CUADRO
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CARRERA 5 N° 25-46 BARRIO EL PRADO CEL 3107280497
E-mail: Nominaelprado@gmail.com
SANTA MARTA - MAGDALENA

Powered by CamScanner

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos | Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ

C.C. 1.004.359.090

Universidad Cooperativa De Colombia

Santa Marta

Fecha de Expedición Diploma: 28/01/2022

Fecha de Inscripción en Rethus: 25/02/2022

48840

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

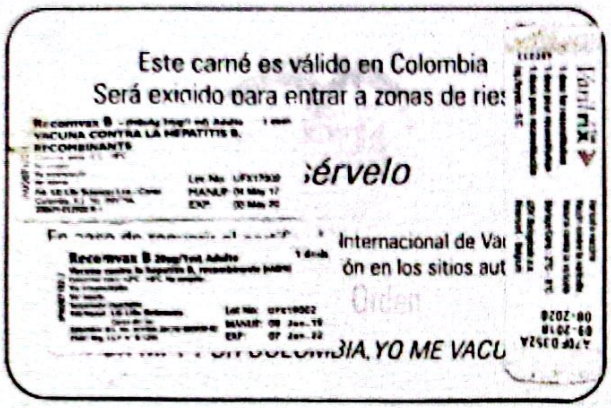
Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.





Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	06-08-19	221SDIN1+B	Jauel
	2	25-01-20	22150151+B	Hatty
	3	15-07-22		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	13-04-18	VEX17002	Ruby Fomb
	2	5-02-2020	VEX19002	Hildys
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		13-04-18	N3F08	Lunas Fomb
Contra Influenza		13-04-18	V6021 7016	Ruby Fomb
Virus de Papiloma Humano	Cancelada	13-02-20	A30F03J7A	Col Vacuna
+V.		19/04/18	1100137009	
DPT		19/04/18	AC37B152A	

Powered by CamScanner