FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Marilin Trilleras Daza

CC 57435621 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-11-12
Fecha de vencimiento: 2026-11-12

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	Marilin Trilleras Daza
Nombre abreviado	Marilin Trilleras Daza
Fecha de creación	2/09/2022 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	57435621
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Magdalena
Municipio	Santa Marta

Información de contacto

Dirección	URB GARAGOA MANZ B CASA 19
Código postal	
Teléfono de oficina	3024255232
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	marilin.trillera@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	marilin.trillera@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	Mrs
Nombre	MARILIN TRILLERA DAZA
Cargo	ENFERMERA

Teléfono	
Móvil	3024255232
Fax	
Correo electrónico	marilin.trillera@hotmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombi 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 57.435.621
TRILLERAS DAZA
APELLIDOS
MARILIN
NOMBRES
FIRMA
REPÚBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1972
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
05-FEB-1991 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
R-2102500-01291058-F-0057435621-20220422
0078833834A 1
8504280540

Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **MARILIN TRILLERAS DAZA** identificado(a) con **CC** número **57.435.621** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 02 de febrero de 1999.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de diciembre de 2024.

Cordialmente,



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

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARILIN TRILLERAS DAZA identificado(a) con CC 57435621 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2008
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 24 días del mes de diciembre del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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 57435621 **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 09/11/2024 12:21 PM

Código Verificación: **JYMZADW6TS**

Válida hasta: **07/02/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Marilin Trilleras Daza

CC 57435621 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2024-07-24
Fecha de vencimiento: 2026-07-24

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado 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

Marilin Trilleras Daza

CC 57435621 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-07-22
Fecha de vencimiento: 2026-07-22

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado 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

Marilin Trilleras Daza

CC 57435621 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2024-07-20
Fecha de vencimiento: 2026-07-20

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado 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

Marilin Trilleras Daza

CC 57435621 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2024-07-30
Fecha de vencimiento: 2026-07-30

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

MARILIN TRILLERAS DAZA

con cédula de ciudadanía No. 57.435.621 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 30 de abril de 2021

Libro de Registros No. 0050420211 Folio No. 034 Registro No. 0334
Refrendado en Santa Marta el día 29 de abril de 2021

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: Juan Alonso Cortes Londoño

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. 04-2862-2021

PROGRAMA:	ENFERMERÍA
CODIGO SNIES:	4176
FECHA GRADO:	30 DE ABRIL DE 2021
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que MARILIN TRILLERAS DAZA
con Cédula de Ciudadanía No 57.435.621 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 007 en sesión del día 09 de abril de 2021.

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 30 DE ABRIL DE 2021

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

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

La República de Colombia y en su nombre

Externado Nacional de Bachillerato "Hugo J. Bermúdez"

SANTA MARTA

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional
según Resolución 15106 del 9 de Octubre de 1984

Confiere a:

Marcelina Caballeros Daza

Identificado con C.C. No. 57.435.621 de Santa Marta

El título de:

Bachiller Académico

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

Rector

Secretaria

Dado en Santa Marta a 27 de Julio de 1992

Anotada al folio 2.144 libro de registro No. 4
Reg. No. 61.060

Secretaría de Educación

Santa Marta, 27 de Julio de 1992

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Marilin Trilleras Daza

CC 57435621 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2024-07-28
Fecha de vencimiento: 2026-07-28

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 25/07/2022

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: MARILIN TRILLERAS DAZA
Identificación: CC: 57435621
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: ENFERMERA JEFE
Fecha nacimiento: 06/06/1972
Edad: 50
Genero: Femenino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Santa marta,
Nº hijos: 3
ARL:
EPS: Nueva EPS
AFP: Protección S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS 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

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

MONITOREO AMBULATORIO DE TENSION ARTERIAL Y CONTROL CON MEDICINA GENERAL POR EPS.

VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID

TRABAJADOR APTO PARA EL CARGO.

LA HISTORIA CLINICA ES EL REGISTRO DE LA ATENCION DEL PACIENTE, DE LAS ENTIDADES QUE LA PRESTAN Y DE LOS PROFESIONALES QUE LA ELABORAN

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) MARILLIN TRILLERAS DAZA identificado con C.C./C.E./P.P No. 57435621 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 24 del mes de diciembre de 2024.

Firma: _____

Nombre: MARILLIN TRILLERAS DAZA

Cédula: 57435621

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	2024-09-05 12:59

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARILIN		TRILLERAS	DAZA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	57435621

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2022 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$11.600.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$11.600.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	MARILIN TRILLERAS DAZA															Sexo			
																M		F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	57435621	SANTA MARTA	5/02/1991

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
6	6	1972	SANTA MARTA	URB GARAGOA MAZ B CASA 19	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
marilin.trillera@hotmail.com	3024255232	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			8692			

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Actividades de apoyo terapéutico	Las actividades de enfermeros, parteras, fisioterapeutas, terapistas respiratorios, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos u otro personal paramédico como enfermeros escolares, terapeutas

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
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23 - 42	SANTA MARTA	LOS ALCAZARES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2.900.000	Total Egresos mensules	2.900.000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 05	Año 2023	Es declarante?	SI		NO	X

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

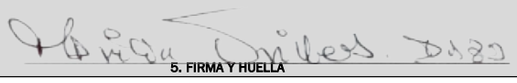
NO

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

HONORARIOS POR EL SERVICIO PRESTADO

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: HONORARIOS POR EL SERVICIO PRESTADO 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 registrados y presentar los





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 COMPLETO

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
Trilleras	Daza	Marilin

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57435621	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 06 MES 06 AÑO 1972	mza b casa 109 casa garagoa			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	marilin.trillera@hotmail.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	10	AÑO	1992
										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	04	2021	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA L5	AREA DE HOSPITALIZACION	CARRERA 14 - 23 42

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA MARCARIBE		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	10	*Año*	2012	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA		Sin dirección

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	14	*Mes*	10	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2017

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR AREA DE SALUD	AREA DE HOSPITALIZACION	CARRERA 14 - 23 42

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5 **TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	14	3

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 24 de diciembre de 2024



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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, 24 de diciembre 2024

Doctor
NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
L. C.

Cordial saludo,

A solicitud de su respetada institución, yo MARILLIN TRILLERAS DAZA, identificado con la C.C. 57435621 le solicito a usted me permita ingresar como ENFERMERA, cumpliendo las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,



MARILLIN TRILLERAS DAZA
C.C. 57435621 DE SANTA MARTA MAGDALENA
MZ B CASA 19 URB GARAGOA
marilin.trillera@hotmail.com
3024255232

DOCON

- Certificación de Contratos
- Cuentas de Cobro
- Cargar Documentos
- Formulario Proveedor

¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	57435621	SANTA MARTA	1991/02/0	25/12/202

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
TRILLERA	DAZA	MARILIN		Seleccionar	



Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión	A+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1972/06/06	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MZ B CASA 19 URB GARA	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3024255232	3024255232	marilin.trillera@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	ESCUELA MADRE LAURA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	COLEGIO HUGO J BERMÚDEZ

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Unives	ENFERMERA	UNIVERSIDAD COOPERAT	2021

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

ENFERMERA PROFESIONAL

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO M	ENFERMERA	2014/10/1	2024/08/0

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ALBERTO OSPINO TRILLEF	3106521772	Hijo
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
MERLUS TRILLERAS DAZA	3007427313	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Nueva EPS	Protección	Positiva

- [ ] Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

- [ ] EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

4

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO INSTITUCIONAL

RESOLUCIÓN No. 47 – 05 15

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una Institución de Educación No Formal, en el área de la salud."

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones No. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de 1994, emanados del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

1.- Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de Educación no Formal, para su debido ejercicio.

2. Que **MARILIN TRILLERAS DAZA** identificada con cédula de ciudadanía No. 57.435.621 expedida en Santa Marta (Mag.) ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó LA CORPORACIÓN EDUCATIVA "INSALUD" según Acta No.04 de 31 de agosto de 2002.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **MARILIN TRILLERAS DAZA** para ejercer la profesión de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer el oficio en zona geográfica diferente a donde recibió el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponda.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2002.

ANA LUCIA HERRERA ROJAS
Secretaria de Desarrollo de la Salud

JORGE RUMIE DIAZ
Profesional Especializado

Proyectado por: LCDA LUZ FERNANDEZ V.

Para progresar es preciso

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

57435621

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8362

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-12-25→1:33:06 PM -2024-12-25→2:51:55 PM -2024-12-25→3:34:02 PM -2024-12-25→4:22:42 PM -2024-12-25→4:39:55 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	57435621	MARILIN		TRILLERAS	DAZA	Vigente

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) MARILIN TRILLERAS DAZA identificado(a) con CC 57435621 registra La siguiente información:

2024-12-25→4:39:55 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2022-07-18	57435621	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2002-11-14	513	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL

					DE SALUD DEL MAGDALENA
AUX	Local	Auxiliar de radiología e imágenes diagnósticas	2002-11-14	513	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Pro Pres
Presto SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|EL BANCO	2021-06-24	2022-06-23	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Enfe

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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14259000993

(415)7707212489984(8020) 000001425900099 3

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 7 4 3 5 6 2 1	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TRILLERAS	DAZA	MARILIN	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: MZ B CA 19 URB GARAGOA

42. Correo electrónico

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 3 0 9 1 7							

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										Exportadores				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2013 - 09 - 17

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 IGLESIAS MARQUEZ MAXIMILIANO DE JESUS

985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EL SUSCRITO ASESOR JURIDICO PARA LA CONTRATACION DEL TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL LA CANDELARIA

CERTIFICA QUE:

Que la Señora **MARILIN TRILLERAS DAZA**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 57.435.621 expedida en Santa Marta (Magdalena), desempeñó el cargo de Profesional Universitario Servicio Social Obligatorio al servicio de la E.S.E., mediante Resolución de nombramiento Numero 010, desde el día veinticuatro (24) del mes de junio del año dos mil veintiuno (2021) hasta el día veintitrés (23) del mes de junio del año dos mil veintidós (2022).

El presente documento se expide el 24 de junio de 2022.

Se deja constancia que la presente certificación se elabora conforme a la información que ha suministrado la oficina de talento humano de la ESE Hospital La Candelaria.

JUAN DAVID CAMELO CALIXTO
Asesor Jurídico Contratación del Talento Humano
E.S.E. HOSPITAL LA CANDELARIA

Calle 7 entre carreras 17 y 18
Tels.: 4292245-4294408
hospitallacandelaria@gmail.com
www.esehospitallacandelaria.gov.co

El Banco Magdalena, veinticuatro (24) de junio de dos mil veintidós (2022).

A QUIEN PUEDA INTERESAR

ZENAIDA MARIA ORTIZ HERAS, mayor de edad, actuando en mi condición de Representante Legal de la E.S.E. Hospital La Candelaria, identificada con Nit. 800154347-3, nombrada mediante Decreto No. 0164 del 16 de mayo de 2020, emanada del despacho del Señor Gobernador del Departamento del Magdalena Doctor CARLOS EDUARDO CAICEDO OMAR, y posesionada en la misma fecha conforme al Acta No. 0095, conforme a que la Licenciada **MARILIN TRILLERAS DAZA**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 57.435.621 expedida en Santa Marta, Magdalena, fue seleccionada y aprobada con el número de orden 31-E radicada en el libro de registro profesionales con el número 27 del día 2 de enero de 1997 con el Código de plaza 4724500249013-1 e identificación de la plaza No. 3791, emanada por el Secretario de Salud Departamental y posteriormente nombrada para la ejecución de su año Rural en el área de **ENFERMERÍA** de la E.S.E. Hospital La Candelaria, mediante la presente me permito dar fe de las grandes cualidades morales, éticas y profesionales de la antes mencionada.

La Lic. **MARILIN TRILLERAS DAZA**, desempeñó el cargo de Profesional Universitario Servicio Social Obligatorio, al servicio de la E.S.E. desde el día veinticuatro (24) del mes de junio del año dos mil veintiuno (2021) hasta el día veintitrés (23) del mes de junio del año dos mil veintidós (2022) cuyo desenvolvimiento resultó satisfactorio y acorde al objeto misional de la entidad que represento.

Vale indicar que la razón de su desvinculación de la E.S.E Hospital La Candelaria, se debió al cumplimiento de su año Rural para la cual fue nombrada, no existiendo otra diferente que ponga en duda sobre las capacidades, actitudes y aptitudes que posee la Licenciada **MARILIN TRILLERAS DAZA.**

El presente documento se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

ZENAIDA MARIA ORTIZ HERAS
Gerente
E.S.E HOSPITAL LA CANDELARIA

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
NIT: 891.780.185-

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL "FERNANDO TROCONIS"

CERTIFICA

Que la Señora, **MARILIN TRILLERAS DAZA**, identificada con cedula de Ciudadanía **No. 57.435.621** expedida en Santa Marta (Magdalena), fue contratista de esta ESE Hospital Universitario Fernando Troconis prestando sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** en virtud de las siguientes ordenes de Prestación de Servicios:

1. No. **1322** de fecha 14 de Octubre de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 14 de Octubre al 31 de Diciembre de 2014 y por un valor de CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($5`200.000.00).
2. No. **146** de fecha 07 de Enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de Enero al 31 de Marzo de 2015 y por un valor de TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($3`900.000.00).
3. No. **828** de fecha 31 de Marzo de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2015 y por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4`050.000.00).
4. No. **1997** de fecha 10 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de Julio al 31 de Octubre de 2015 y por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($5`400.000.00).
5. No. **2578** de fecha 17 de Noviembre de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2015 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).

6. No. **125** de fecha 05 de Enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 al 31 de Enero de 2016 y por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1`350.000.00).
7. No. **868** de fecha 02 de Febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Febrero al 31 de Marzo de 2016 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).
8. No. **868** de fecha 01 de Abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2016 y por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000.00).
9. No. **2199** de fecha 01 de Julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de Agosto de 2016 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).
10. No. **3164** de fecha 01 de Septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Septiembre al 31 de Octubre de 2016 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).
11. No. **4008** de fecha 02 de Noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2016 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).
12. No. **464** de fecha 03 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Enero al 31 de Marzo de 2017 y por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000.00).
13. No. **728** de fecha 01 de Abril de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2017 y por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000.00).
14. No. **990** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Julio al 31 de Agosto de 2017 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
NIT: 891.780.185-

15. No. **2097** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Septiembre al 30 de Septiembre de 2017 y por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.350.000.00).
16. No. **2702** de fecha 05 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de Octubre al 30 de Noviembre de 2017 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).
17. Adición y prorroga No 001 de la orden de prestación de servicio No 2702 con plazo de ejecución del 1 al 31 de Diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.350.000.00).
18. No. **680** de fecha 15 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 15 de Enero al 30 de Junio de 2018 y por un valor de OCHO MILLONES CIEN MIL PESOS ($8.100.000.00).

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada, a los diez (10) días del mes de julio de 2018 para ser actualizar hoja de vida.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la Salud
NIT No 900.099.151 – 4
Calle 23 No 14 -46 Tel. 4236265 – 4236207
Email: Clinicabenedicto@hotmail.com
Santa Marta Magdalena

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que **MARILIN TRILLERAS DAZA,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 57.435.621 expedida en Santa Marta, realizo turnos en esta institución como AUXILIAR DE ENFERMERIA, para cubrir vacaciones, incapacidades y otros turnos eventuales, efectuando un total de 84 turnos en un periodo comprendido entre el mes de Diciembre del 2019 y el mes de Junio del 2020.

Se expide esta constancia a solicitud de la parte interesada, el 5 de Septiembre del 2020.

AMPARO CAMARGO BOHORQUEZ
Departamento de Talento Humano

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
FECH4 Folios: NROFOLIOS
Origen: ORIGHEN
Destinatario: DHESTIN@TARYO

P≅ΘTKAΔO
R@QTKADO

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

CERTIFICA

Que conforme a lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, el (la) profesional **MARILIN TRILLERAS DAZA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 57435621 expedida en Santa Marta - Magdalena, cumplió el servicio social obligatorio como ENFERMERA en LA ESE HOSPITAL LA CANDELARIA en la siguiente plaza y fecha:

Código Plaza	Lugar donde realizó el SSO	Modalidad (*)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
4724500249013-1	LA ESE HOSPITAL LA CANDELARIA	Prestación de Servicios	24 de julnio de 2021.	23 de junio de 2022.

*Según artículo 6 de la Resolución 1058 de 2010.

Santa Marta, julio 12 de 2022.

DIANA ESTHER CELEDÓN SANCHEZ
Secretario Seccional de Salud

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó Elaboró	Piedad De la Hoz Orozco	Profesional Universitario	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presentamos para su firma.			

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



MARILIN TRILLERAS DAZA

C.C. 57.435.621

Universidad Cooperativa De Colombia

Santa Marta

Fecha de Expedición Diploma: 30/04/2021

Fecha de Inscripción en Rethus: 18/07/2022

Powered by CamScanner

50529

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.

Powered by CamScanner

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS. S.A.S.
NIT. 800.033.723-0

BARRANQUILLA
Calle 70 No 48 - 56 Callcenter 368 8864
Tels Directos 360 8340 - 385 7980 Ex 100-101
Cel 317 4274226 - 317 4422432
E-mail servicioalcliente@olimpusIab.com

CARTAGENA
Bocagrande calle 5ta ,cra 6 -19
Centro medico bocagrande
local 404 - 607 Cel 3174274223

MAGANGUE
Calle 16 A No 10 A - 143
Sector Pueblo Nuevo
Cel. 3004102050 - 3187117423

SANTA MARTA
Carrera 5 N 26B - 23
Barrio los Angeles
Cel 3174274220

Nombre	**TRILLERAS DAZA MARILIN**		Fecha de recepcion:	06-jul.-2019 9:00 am	**7062862**
Identificacion	CC 57435621	Sexo F	Fecha de impresion:	08-jul.-2019 12:05 pm	
Fecha Nacimiento	1972-jun.-06	Tel. 3002473445	Empresa	PARTICULAR STA	
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	SANTA MARTA	Copia
Servicio	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	116.68	UI/L	
Metodo: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA			
REACTIVO: MAYOR DE 10.00 UI/L			
NO REACTIVO: MENOR DE 10.00 UI/L			

VIGILADO Supersalud

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
FA DOBLE	1	04/07/19	[illegible]	[illegible]
HEPATITIS B	R	03-07-19	[illegible]	[illegible]

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

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cra. 5 #25-27. Santa Marta.
Tel: 431 9537 Ext. 109 - 112
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org
www.cruzrojamagdalena.org

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Certificado de Vacunación

Nombres: marilin

Apellidos: Trilleras Daza

Documento de identidad: C.C. [x] C.E. [ ] T.I. [ ] PASAPORTE [ ] No. 57.435.621

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 06 Año 1972

Certificado Digital de Vacunación contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

MARILIN TRILLERAS DAZA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

57435621

Fecha nacimiento / Date of birth

06/06/1972

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3024255131

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number	Primera	Segunda
Lote / Vaccine Batch	202104024K	202106060O
Vacuna / Vaccine	SINOVAC LIFE SCIENCES	SINOVAC LIFE SCIENCES
Centro vacunador / Administering Center	EL BANCO E.S.E. HOSPITAL LA CANDELARIA	EL BANCO E.S.E. HOSPITAL LA CANDELARIA
Fecha de aplicación / Date of Vaccination	21/06/2021	21/08/2021
País de vacunación / Country of Vaccination	CO-Colombia	CO-Colombia
Sello digital / Digital Stamp	ECKP6Z7BX3FVZJ7Q2Z2IL OYXTTRRSJVCRNZHQNEX TYWZJB644PTQ	ARONC3EQRSFAYST54WV BJ2JQJ7PAP3EAKBPH6PRK NRCMWYJGVHOQ

Fecha de emisión del documento / Document issued

10/08/2022 10/08/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Inmunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna