HUMB 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		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo	
Maridis Ramos Monsalvo.												M	F X
Tipo de Documento									Número	Expedida en		Fecha de Expedición	
C.C. X	C.E		T.I		R.C		PP					14-DIC-1981	

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		1		X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
29	06	61		calle 29 K cra 21A-4 Laureles	SANTA MARTA	MAGD.

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
MaridisRamos@hotmail.ES.	3107201020	

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado		8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	APOYO TERAPEUTICO

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
HUSMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUX DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra 14 #23-42 Alcazares	SANTA MARTA	ALCAZARES	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	
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?			N/A				
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?			N/A				
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 estadisticos, 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

Maridis Ramos Monsalvo.

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

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MARIDIS RAMOS MARQUEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 26689372, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/01/2023 y fecha fin de contrato 28/02/2023 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012243039.

Esta certificación se expide a los 08 días del mes de Febrero de 2023.

AMS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO SUB 7034
RADICADO No. 2020_6540321 19 ENE 2021

POR MEDIO DE LA CUAL SE RESUELVE UN TRÁMITE DE PRESTACIONES EN EL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA
(INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA DE PENSION DE VEJEZ – ORDINARIA)

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) RAMOS MARQUEZ MARIDIS, identificado(a) con CC No. 26,689,372, solicita el 7 de julio de 2020 el reconocimiento y pago de una indemnización sustitutiva de una pensión de vejez, radicada bajo el No 2020_6540321.

Que el (la) peticionario(a) ha cotizado los siguientes tiempos de servicio:

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
AGROINDUSTRIAS ROLI LTDA	19860129	19861231	TIEMPO SERVICIO	337
AGROINDUSTRIAS ROLI LTDA	19870101	19871231	TIEMPO SERVICIO	365
AGROINDUSTRIAS ROLI LTDA	19880101	19880405	TIEMPO SERVICIO	96
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20071001	20071031	TIEMPO SERVICIO	30
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20071101	20071231	TIEMPO SERVICIO	60
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080101	20080129	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080201	20080229	TIEMPO SERVICIO	30
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080301	20080329	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080401	20080429	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080501	20080529	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080601	20080629	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080701	20080729	TIEMPO SERVICIO	29
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080801	20080826	TIEMPO SERVICIO	26
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20080901	20081029	TIEMPO SERVICIO	59
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20081101	20081128	TIEMPO SERVICIO	28
KARIME PATRICIA AMAYA VELEZ	20081201	20081229	TIEMPO SERVICIO	29
COOP DE TRABAJO	20110501	20110526	TIEMPO SERVICIO	26

Powered by CamScanner

promedio de lo cotizado por el tiempo en que el asegurado efectuó cotizaciones al Seguro Social.

Que en tal orden de ideas, para acceder a la prestación solicitada el afiliado debe reunir los siguientes requisitos: 1) No contar con el número de semanas cotizadas para acceder a la pensión de vejez, 2) Manifestar su imposibilidad de continuar cotizando al Sistema y 3) Contar con la edad de pensión correspondiente a 55 años en el caso de las mujeres y 60 en el caso de los hombres, la cual aumentara a 57 años mujeres y 62 años hombres, a partir del año 2014 como lo establece el artículo 9° de la ley 797 de 2003.

Que finalmente, el artículo 6 del Decreto 1730 de 2001, establece en cuanto a la incompatibilidad de la presente prestación que

> *"salvo lo previsto en el artículo 53 del Decreto 1295 de 1994, las indemnizaciones sustitutivas de vejez y de invalidez, son incompatibles con las pensiones de vejez y de invalidez.*
>
> *Las cotizaciones consideradas en el cálculo de la indemnización sustitutiva no podrán volver a ser tenidas en cuenta para ningún otro efecto."*

Que la presente prestación constituye un pago único.

Que se procede a efectuar la siguiente liquidación conforme a la normatividad anteriormente mencionada y 556 semanas así:

AÑO	FACTOR	VALOR ACUMULADO	VALOR IBL	VALOR ACTUALIZADO
1986	IBC	196,876.00	196,876.00	8,566,739.00
1987	IBC	257,040.00	257,040.00	9,247,330.00
1988	IBC	80,845.00	80,845.00	2,345,192.00
2007	IBC	1,301,700.00	1,301,700.00	2,203,202.00
2008	IBC	5,328,400.00	5,328,400.00	8,533,089.00
2011	IBC	4,155,000.00	4,155,000.00	5,872,625.00
2012	IBC	5,670,000.00	5,670,000.00	7,725,737.00
2013	IBC	3,514,867.00	3,514,867.00	4,675,154.00
2015	IBC	3,220,000.00	3,220,000.00	4,053,102.00
2016	IBC	8,245,033.00	8,245,033.00	9,720,189.00
2017	IBC	8,856,000.00	8,856,000.00	9,872,780.00
2018	IBC	9,348,863.00	9,348,863.00	10,012,710.00
2019	IBC	9,937,392.00	9,937,392.00	10,315,013.00
2020	IBC	8,780,000.00	8,780,000.00	8,780,000.00

Indemnización = $12,051,075.00

SON: DOCE MILLONES CINCUENTA Y UN MIL SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE.

Son disposiciones aplicables: Ley 100 de 1993, y C.P.A.C.A.

En mérito de lo expuesto,

R E S U E L V E:

Powered by CamScanner

SUB 7034
19 ENE 2021

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer y ordenar el pago de una Indemnización Sustitutiva de la Pensión de Vejez por una sola vez, a favor del (a) señor(a) RAMOS MARQUEZ MARIDIS, ya identificado, en cuantía de $12,051,075.00 DOCE MILLONES CINCUENTA Y UN MIL SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: El presente pago único será ingresado en la nómina del periodo 202102 que se paga en el periodo 202103 en la central de pagos del banco BBVA COLOMBIA de SANTA MARTA CR 2 6 38 EL RODADERO.

ARTÍCULO TERCERO: Esta indemnización estará a cargo de:

ENTIDAD	DIAS
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	3897

ARTÍCULO CUARTO: La presente Indemnización Sustitutiva de pensión Vejez es incompatible con las pensiones de vejez y de invalidez. Salvo lo dispuesto en el artículo 53 del decreto 1295 de 1994.

ARTÍCULO QUINTO: Notifíquese al (la) Señor (a) RAMOS MARQUEZ MARIDIS haciéndole saber que en caso de inconformidad contra la presente resolución, puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el C.P.A.C.A.

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

MARCELA ANDREA ZULETA MURGAS
SUBDIRECTORA DE DETERMINACION VIII
COLPENSIONES

MARIA ANGELICA CARDENAS CASAS
ANALISTA COLPENSIONES.

ANA BOLENA JIMENEZ RAMIREZ

JUAN ALVARO RUIZ SILVA
Revisor

Powered by CamScanner

Salud Total EPS

Bogotá, Febrero 8 de 2023

Señora:
RAMOS MARQUEZ MARIDIS
CC. 26689372
CL 29K 21 A1 4 LOS LAURELES - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 25 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RAMOS MARQUEZ MARIDIS	26689372	C	Ene-25-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	26689372	Dependiente	CERRADO
MARIDIS RAMOS MARQUEZ	26689372	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Powered by CamScanner

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	2023-02-11 18:25

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIDIS		RAMOS	MARQUEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	26689372

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	ARACATACA

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 último año gravable fueron:

Powered by CamScanner

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Powered by CamScanner

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]

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

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

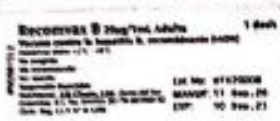
2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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:

Powered by CamScanner



...lo en Colombia.
...ar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maridys

Apellidos: Ramos Marquez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 26689372

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 06 Año 1961

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	27/12/21	UFA200008	BERKYSEN
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maridis
Apellidos: Ramos Marquez
Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 26689372
Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 06 Año 1961

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	13/7/22	VSD222014	Hospital Eca
Otras				

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Maridis

Apellidos: Ramos Marquez

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál

No. 26689372

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 06 Año 1961

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29032021	Astrazeneca	0TMAV519	HUMB	Erika Aguirre	64569701
Refuerzo	2	29062021	Astrazeneca	NH0 163	HLY	Astrid Alvarez	47432[illegible]
		28-02 2022	Astrazeneca	NM 0119	Unid Salud Ips	Monica Camargo	1049611988

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

HAGO CONSTAR

Que la señora **MARIDIS RAMOS MARQUEZ** identificada con la cédula de ciudadanía No 26.689.372 de Aracataca, laboró en mi consultorio cargo de Enfermera desde el día 10 de febrero de 2009 hasta el día 11 abril de 2011; devengando un salario de $600.000 mensuales, demostrando ser una persona honesta, responsable, cumplidora con su cargo desempeñado.

La presente certificación se expide a los 1 días del mes de agosto del año 2011.

Atentamente,

Dr. Julio Carbono Diazgranados
Universidad Libre - Médico Cirujano
Calle 8 No. 9 - 100 Gaira
Celular 3145723811

JULIO CARBONO DIAZGRANADOS
Médico General
Cel: 3145723811

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

COOPSERVICIOS CTA.
COOPERATIVA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS CTA.
NIT. 900.155.730-9

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOPSERVICIOS CTA
NIT. 900.155.730-9

ACUERDO COOPERATIVO

Entre los suscritos a saber: **JUAN CARLOS ARISTIZÁBAL BERNAL,** mayor de edad, vecino de la ciudad de Manizales, quien obra en nombre y representación **DE LA COOPERATIVA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COOPSERVICIOS CTA** Nit. 900.155.730-9, sociedad domiciliada en Manizales Caldas, constituida de acuerdo a los términos de la Ley 79 de 1988, y las normas Decreto 4588 del 27 de Diciembre de 2006, debidamente registrada ante la Cámara de Comercio de Manizales, con regímenes de trabajo asociado y de compensaciones, aprobados y registrados ante el ministerio de protección Social según resolución No. 175 del 22 de junio de 2007, quien para efectos de este contrato se llamará **"COOPSERVICIOS CTA"** por una parte y Maridis Ramos Marquez también mayor de edad y vecino (a) del municipio de Santa Marta, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 26.689.372 de Aracataca quien para efectos de este contrato se llamará **"EL ASOCIADO TRABAJADOR", quien presente la respectiva solicitud de de admisión, la cual fue aprobada según Acta del Consejo de Administración No. _____ y quien declara que se le dio a conocer el estatuto, reglamentos internos y regímenes especiales de los cuales se conserva una copia.** Hacemos constar por medio del presente documento que hemos celebrado el acuerdo cooperativo el cual se rige en lo general por las normas establecidas en la Ley 79 de 1988 y el Decreto 4588 de 2006 y estatutos de los regímenes especiales de la cooperativa aprobados por el ministerio de la protección social según resolución N0. 175 del 22 de junio de 2007 y en lo particular por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: "COOPSERVICIOS CTA"** vincula el trabajo personal de **"EL ASOCIADO TRABAJADOR"** y sus aportes económicos para el desarrollo de procesos en forma autogestionaria y autónoma: **"EL ASOCIADO TRABAJADOR"** por su parte y **"COOPSERVICIOS CTA"** vincula su trabajo personal de acuerdo con las aptitudes, capacidades y requerimientos de los procesos ofrecidos, sujetándose y acatando las regulaciones que establezcan los órganos de administración de **"COOPSERVICIOS CTA". SEGUNDA: "COOPSERVICIOS CTA"** regulará los actos de trabajo del **"ASOCIADO TRABAJADOR"** mediante el estatuto, un régimen de trabajo asociado, compensaciones, que el asociado manifiesta conocer y aceptar y los cuales hacen parte integral del presente contrato. **TERCERA:** las partes manifiestan expresamente que de acuerdo al Decreto 4588 del 2006, este acuerdo cooperativo no está sujeto a la legislación laboral ordinaria. **CUARTA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** estará afiliado al sistema de seguridad social integral, en salud, pensión, riesgos profesionales y una caja de compensación familiar. **QUINTA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** autoriza a **"COOPSERVICIOS CTA"** a deducir de las compensaciones a pagar los descuentos autorizados por el asociado, los estatutarios, los reglamentarios y los expresamente señalados por la Ley. **SEXTA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** desarrollará el proceso de Gestor de vida

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Sana y la compensación ordinaria tiene un valor al inicio del acuerdo de ($_____pesos) la cual puede ser fija o variable de acuerdo a la certificación del coordinador de la cooperativa, la cual se pagará mes vencido y será la base para las contribuciones al sistema de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y a la caja de compensación familiar y para el cálculo de las compensaciones semestral, compensación anual, de descanso y el reconocimiento de los intereses de la anual. **PARAGRAFO 2:** El trabajador asociado recibirá un adiestramiento para el desarrollo del cargo de acuerdo con los lineamientos de la cooperativa, el cual no superará los 30 días calendario, al término del cual se valorará por la cooperativa si cumple las competencias para el proceso que le ha sido asignado. En caso de no superar dicha valoración, se le dará por terminado el puesto de trabajo asignado, sin que esto afecte su vinculación como asociado. **SEPTIMA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** acepta y se compromete a cumplir las decisiones de los órganos de Administración y Vigilancia de **"COOPSERVICIOS CTA"** y contribuirá al desarrollo y prosperidad económica y social de todos los asociados y sus familias. **PARAGRAFO el asociado que en el desarrollo de su proceso maneje inventario de elementos bajo su responsabilidad o de dineros de la empresa contratante, debe constituir una póliza de MANEJO que ampare la eventual falla del servicio en cuantía no inferior a 20 S.M.M.L.M, En caso de no tener la póliza constituida el asociado autoriza a la cooperativa para constituir dicha póliza y esta sea descontada mensualmente de la compensación. OCTAVA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** debe responder por los valores reportados en la caja como faltantes de dinero en el momento del cuadre diario así como los faltantes de inventario, los cuales podrán ser negociados para su pago dependiendo el monto, responderá igualmente por las pérdidas y daños que ocasione a los medios de labor, como equipos, etc. Para lo cual se autoriza desde ya a "COOPSERVICIOS CTA" para que descuente el valor de los mismos de sus compensaciones sin precisar una autorización adicional o diferente a ésta, además debe mantener los elementos de seguridad industrial y la dotación propia del proceso que desarrolla, como la identificación de **"COOPSERVICIOS CTA". NOVENA:** las partes acuerdan que no constituye compensación los pagos realizados por **movilización,** desplazamiento, viáticos y gastos de representación necesarios para desarrollar el proceso, que perciba el **"ASOCIADO TRABAJADOR"** por lo tanto no se tendrán en cuenta ninguna de las liquidaciones que se tengan previstas y bases de contribuciones a los sistemas de seguridad social y cajas de compensación familiar. **DECIMA:** El asociado trabajador debe acatar si es el caso la rotación en los puestos de trabajo. **DECIMA PRIMERA:** El Trabajador asociado que voluntariamente renuncie a su frente de trabajo o se quiera desvincular como asociado de la cooperativa debe informar con una anticipación de 30 días con el fin de ubicar el asociado que lo ha de reemplazar para no entorpecer el proceso contratado con el cliente y evitar que se hagan efectivas las pólizas de cumplimiento en contra de la cooperativa. Una vez el **"TRABAJADOR ASOCIADO"** se retire o se suspenda el frente de trabajo debe esperar que la Cooperativa procure ubicarlo en un frente de trabajo. Una vez el **"ASOCIADO TRABAJADOR"** se retire o se suspenda el frente de trabajo debe esperar que la Cooperativa procure ubicarlo en un frente de trabajo. **PARAGRAFO:**

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

daños que ocasione a los medios de labor, que se le entreguen para el desarrollo del proceso. Para lo cual se autoriza desde ya a **"COOPSERVICIOS CTA"** para que descuente el valor de los mismos de sus compensaciones sin precisar una autorización adicional o diferente a ésta, previo investigación de los hechos, además debe mantener los elementos de seguridad industrial y la dotación propia del proceso que desarrolla, como la identificación de **"COOPSERVICIOS CTA". NOVENA:** las partes acuerdan que no constituye compensación los pagos realizados por medios de transporte, desplazamiento, viáticos y gastos de representación necesarios para desarrollar el proceso, que perciba el **"TRABAJADOR ASOCIADO"** por lo tanto no se tendrán en cuenta en ninguna de las liquidaciones que se tengan previstas y bases de contribuciones a los sistemas de seguridad social y cajas de compensación familiar. **DECIMA:** El TRABAJADOR ASOCIADO debe acatar si es el caso la rotación en los puestos de trabajo en los diferentes centros que desarrolle procesos la Cooperativa. **DECIMA PRIMERA**: El Trabajador asociado que renuncie a su frente de trabajo o se quiera desvincular como asociado de la cooperativa debe informar con una anticipación de 30 días con el fin de ubicar el asociado que lo ha de reemplazar para no entorpecer el proceso contratado con el cliente. Una vez el **"TRABAJADOR ASOCIADO"** se retire o se suspenda el frente de trabajo debe esperar que la Cooperativa procure ubicarlo en un frente de trabajo. **DECIMA SEGUNDA:** Este contrato rige a partir del 14 de mayo de 2011 y terminará: **A**. Por retiro voluntario **de "EL TRABAJADOR ASOCIADO". B**. Por exclusión según lo establecido en el estatuto y en el régimen de trabajo asociado. **C**. Por imposibilidad de la Cooperativa para mantener el puesto de trabajo. **D.** por muerte del asociado y en general por las causales contempladas en el estatuto y los regímenes. Hace parte integral de este acuerdo de trabajo asociado el Estatuto, Régimen de trabajo asociado, Régimen de compensaciones, Funciones del proceso ha desarrollar Para constancia se firma y sella en Manizales.

Certifico que he recibido copia de los siguientes documentos:

1. Régimen de Trabajo Asociado.
2. Régimen de Compensaciones.
3. Funciones del proceso a desarrollar

FECHA FIRMA CONVENIO 14 **de** mayo **de 201**1

JUAN CARLOS ARISTIZÁBAL BERNAL
C.C. 75.066.001 de Manizales
GERENTE COOPSERVICIOS

Maribeth Lanus
TRABAJADOR ASOCIADO
CC 26689392

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
CONTRATISTA:	MARIDIS RAMOS MARQUEZ
Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	26.689.372 DE ARACATACA (MAGDALENA)
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR:	CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.500.000)
TERMINO DE EJECUCION:	TRES (3) MESES
SUPERVISOR:	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS

Entre los suscritos **LUIS OSCAR GALVES MATEUS** Mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía Nº 71.663.944 de Medellín (Antioquia), domiciliado y residenciado en la ciudad de Santa Marta, departamento del Magdalena, en calidad de Agente Especial Interventor y obrando en nombre y representación legal según resolución número 002304 del 11 de mayo del 2020; de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"** con Nit. 891.780.185 - 2, creado mediante Decreto No 377 del 23 de Diciembre de 2005, cuya denominación fue modificada mediante Ordenanza Nº 084 del 03 de Diciembre de 2018, debidamente facultado para contratar de conformidad con el manual de contratación de la entidad, quien en lo sucesivo y respecto de este contrato se denominara **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **MARIDIS RAMOS MARQUEZ** igualmente mayor de edad domiciliado(a) y residenciado(a) en la ciudad de santa marta, departamento del Magdalena, identificado con C.C Nº 26.689.372 expedida en ARACATACA (MAGDALENA) quien en lo sucesivo respecto de este contrato se denominara el **CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con lo previsto en el manual de contratación de la entidad, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA – OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. **SEGUNDA: CONSIDERACIONES PREVIAS E INDISPENSABLES:** Es entendido que por la suscripción del presente contrato de prestación de servicios, nacen entre las partes actividades de Coordinación para el desarrollo eficiente de la actividad contratada y que en tal virtud, se imponen unas cargas que buscan poner en práctica tales actividades, de parte del contratista, en tal virtud: **1.** El **CONTRATISTA** se obliga a: Obrar con la diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el gerente y/o el supervisor de la orden.**1.** Realizar todas y cada una de las actividades relacionadas en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas las cuales hacen parte INTEGRAL de la presente orden, cuyo contenido conoce a cabalidad el contratista. **2.** Garantizar que en la prestación del servicio cumpla estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. **3.** Aportar a la E.S.E., la hoja de vida con sus respectivos soportes, los documentos de identificación y los de más que le sean solicitados **4.** Portar y usar sus EPI (Elementos de protección individual) para realizar el servicio contratado y atender las recomendaciones en materia de salud ocupacional y seguridad industrial que efectúe la E.S.E **5.** Estar afiliado al **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S).** (salud, pensión, ARL) respectivamente. **6.** El Contratista se compromete a cumplir la política de fomento, protección y apoyo de la Lactancia Materna, en concordancia con lo establecido en la estrategia Institución amiga de la Mujer y la Infancia IAMI. Integral y Banco de Leche Humana. **7.** El valor facturado dependerá de los servicios prestados por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato. **8.** Asistir de manera obligatoria a todas las capacitaciones y jornadas académicas que programe el Hospital en Pro del mejoramiento continuo de los procesos y el sistema obligatorio de la garantía de la calidad. **9.** En caso de inasistencia a capacitaciones, jornadas académicas y turnos programados, deberán notificarse en el término no mayor a tres días ante el supervisor del área con prueba siquiera sumaria de la incapacidad que genera la inasistencia **10.** Las demás que determine el Gerente, el supervisor y que se deriven de las necesidades de la ESE. **11.** El contratista manifiesta que conoce los estándares de acreditación en salud, aplicables al área en el cual prestara sus servicios; tales como Seguridad en el Paciente, Humanización, Gestión del Riesgo, Gestión de la Tecnología y el Mejoramiento de la Calidad, entre otros; los cuales se compromete al cumplimiento de los mismos. **12.** El contratista se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedaran a cargo del coordinador, administrador o contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato **TERCERA –**

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

INFORMES: El Contratista deberá presentar los informes correspondientes a la ejecución del objeto contractual; en el cual especificara las actividades encomendadas y realizadas; identificando los periodos correspondientes los cuales deberán ser aprobados por el supervisor del presente Contrato, así mismo, entregara el material en medio físico y digital cuando su supervisor lo requiera **CUARTA - VALOR**: El valor de la presente orden es de ***CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.500.000)*** **QUINTA- FORMA DE PAGO**: El presente contrato se pagara en TRES (3) cuotas por valor de ***UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000)***, una vez el supervisor expida la certificación de cumplimiento del objeto contractual junto con la verificación de los aportes al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S), y los documentos que soporten la prestación del servicio. , **PARAGRAFO PRIMERO**: El presente valor estará supeditado a los turnos realmente cumplidos por el contratista, estos serán confirmados por el área respectiva mediante la expedición de la certificación de actividades y/o a la asistencia de los turnos establecidos; además se podrán solicitar los documentos y medios de comprobación que la E.S.E considere necesario; el porcentaje de no cumplimiento será motivo de glosa del valor facturado por el contratista. **PARAGRAFO SEGUNDO**: La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación del servicio que corresponda, que sea consecuencia del incumplimiento en los turnos estipulados en la propuesta, que hace parte del presente documento, sin justificación de ninguna especie, o incluso la justificación que el Supervisor del CONTRATISTA considere insuficiente, siempre que la inasistencia ocasione trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosas en la orden que se genere, como si se tratara de una facturación devuelta, por defectos originados por la actividad contratada. **PARAGRAFO TERCERO**: en caso en el que el desempeño profesional del contratista incurra en acciones u omisiones, las cuales generen glosas a las cuentas que presenta la E. S. E., por parte de las EPS, EPSS y Entes territoriales o que en su defecto, sean detectadas por la institución durante el proceso de facturación, que le impida el cobro del servicio, el contratista responderá por el pago de las sumas que la institución no pudiere recibir por tal causa, y deberá tomar las medidas que considere pertinentes **SEXTA- DECLARACIONES DEL CONTRATISTA** - El Contratista hace las siguientes declaraciones: **1)**. Conoce y acepta los Documentos del Proceso. **2)**. Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del hospital universitario Julio Méndez Barreneche respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. **3)**. Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato. **4)**. El Contratista al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. **5)**. Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral. **6)**. En los casos en que la Entidad Estatal contratante determine que el pago se hace de acuerdo con productos o entregables debe incluirse al detalle lo que debe entregar el Contratista para cada pago. **7)**. El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionados con el cumplimiento del objeto del presente contrato. **8)**. El Contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; cumpliendo con los estándares del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAF, en la prevención del riesgo y cuyo objetivo es prevenir que se introduzcan al sistema financiero recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos y/o de la financiación del terrorismo; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas **SEPTIMA - PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de duración del presente contrato será desde la legalización (suscripción del acta de inicio) de la presente contrato hasta el 30 de Septiembre del 2020. **OCTAVA - IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, pagará el gasto que ocasione la presente contrato con la Disponibilidad Presupuestal N° 4504 de Junio del 2020, expedido por el Área Financiera de la E.S.E. **NOVENA - SUPERVISOR:** La Supervisión de la presente contrato estará cargo de la UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS o el funcionario que la Gerencia de la E.S.E designe, quien deberá: **1)** Certificar la prestación de los servicios y el cumplimiento de las obligaciones, incluidas el pago de los aportes de ley y establecidos en el presente contrato ; **2)** Suscribir las actas que se generen en virtud de la ejecución o desarrollo en el presente contrato; **3)** Supervisar que el cumplimiento de las obligaciones contractuales en general; **4)** Requerir al contratista por escrito cuando lo estime necesario para garantizar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones generadas del mismo; **5)** Vigilar la ejecución idónea del contrato y velar por que se ejecute dentro del término estipulado para ello. **6)** Exigir al Contratista toda la documentación e información que requiera para el óptimo desarrollo en el presente contrato **7)** Las demás que tengan por objeto el cumplimiento en el presente contrato. **DECIMA- OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** **1)**. Hacer uso de la cláusula de imposición de multas, la cláusula de terminación o cualquier otro derecho consagrado a la Entidad Estatal contratante de manera legal o contractual. **2)**. Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal Contratante considere incluirlas **3)**. Ejercer el respectivo control en el cumplimiento del objeto del contrato **4)**. Pagar el valor del contrato de acuerdo con los términos establecidos. **5)**. Prestar su colaboración para el cumplimiento de las obligaciones del Contratista. **DECIMA PRIMERA - DOCUMENTOS DEL CONTRATO** Los siguientes documentos hacen parte integral en el presente contrato **1)** Disponibilidad y Registro Presupuestal **2)** estudio de la necesidad de realizar en el presente contrato. **3)** Los demás documentos que legalmente se requieran (fotocopia de la

Vigilado Supersalud

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

cédula de ciudadanía, antecedentes disciplinarios de Procuraduría y contraloría, antecedentes Judiciales, Certificado antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia; soportes académicos y laborales. **DECIMA SEGUNDA - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la aceptación en el presente contrato, declara el **CONTRATISTA** que no se halla incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad previstas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993, y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo dispone el artículo 9 de la precitada ley. **DECIMA TERCERA -PROPIEDAD INTELECTUAL:** Si de la ejecución del presente contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a la Entidad Estatal contratante de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982 y demás normas concordantes. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados a la Entidad Estatal contratante por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. **DECIMA CUARTA- CONFIDENCIALIDAD**. Además de las obligaciones que emanan de la naturaleza del contrato; el contratista receptor de la información confidencial estará obligado a LO SIGUIENTE: 1). MANTENER la información confidencial en ESTRICTA RESERVA y no revelar ningún dato de la información a ninguna otra parte, relacionada o no, sin el consentimiento previo escrito del divulgador. 2). EL CONTRATISTA, que se designe para la ejecución del presente contrato, se ABSTENDRA de divulgar, publicar o comunicar a terceros información, documentos, planos o fotografías relacionados con las actividades de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche que conozcan por virtud de la ejecución del presente contrato o por cualquier otra causa. Para estos efectos, las partes convienen que toda la información que reciban se considera importante y confidencial y divulgarla o transmitirla puede lesionar los intereses de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche o su reputación. 3). EL CONTRATISTA y/o sus dependientes se abstendrán igualmente de utilizar cualquier información procedente de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche para cualquier fin diferente a la ejecución del presente contrato. De igual manera, la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche se abstendrá de divulgar o compartir con personas diferentes al personal de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche los documentos, programas, estrategias y tarifas de EL CONTRATISTA. 4). El contratista divulgara **UNICAMENTE** la información a las personas AUTORIZADAS para su recepción dentro del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, por lo tanto el contratista no manejara, usara, explotara o divulgara; la información confidencial a ninguna persona o entidad por ningún motivo en contravención a lo dispuesto en este contrato; salvo que sea expresamente autorizado para ello. **DÉCIMA QUINTA - PENAL PECUNIARIA: EL CONTRATISTA** se obliga a pagar a la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** hasta una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total en el presente contrato, a título de indemnización, por los perjuicios que ocasione en caso de incumplimiento de sus obligaciones contractuales. Este valor ingresará a la Tesorería del Hospital. **EL CONTRATISTA** autoriza a **EL HOSPITAL** para que dicho valor sea descontado directamente de saldos a su favor. **DÉCIMA SEXTA - RELACIÓN LABORAL:** La presente contrato no genera relación laboral alguna con el contratista, ni tampoco el pago de prestaciones sociales ni de ningún tipo de emolumento diferente al valor aquí acordado. **DÉCIMA SEPTIMA:** Verificado el plan de cargos de la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, se pudo corroborar, que no existe personal suficiente que desarrolle las funciones que se señalan como actividades específicas dentro del presente contrato de Prestación de servicios. **DÉCIMA OCTAVA - SUSPENSION DEL CONTRATO.-** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobado, o interés del servicio público, se podrá de común acuerdo entre las partes, suspender temporalmente la ejecución del presente contrato mediante la suscripción de un acta en la que conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. **DECIMA NOVENA – TERMINACIÓN:** el presente contrato de Prestación de Servicios se podrá dar por terminada: 1) Por mutuo acuerdo entre las partes, caso en el cual se procederá a liquidar el contrato de Prestación de Servicios de tal manera que queden expresamente determinados los servicios efectivamente prestados y el valor proporcional de los mismos. 2) Por incumplimiento de cuales quiera de las obligaciones o incumplimiento del objeto del contrato 3) El contratista deberá informar al Hospital con una antelación no superior a diez días hábiles, su voluntad de no continuar con el contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL HOSPITAL** Procederá la terminación unilateral en los siguientes casos sin que dé lugar a indemnización por dicha causa: 1) cuando las exigencias del servicio público lo requieran o la situación de orden público lo imponga. 2) por muerte o incapacidad física permanente del contratista. 3) Por interdicción Judicial. 4) Por incumplimiento manifiesto de las obligaciones contractuales con ocasión a la prestación de servicios de salud si con su conducta activa u omisiva existió dolo o culpa grave en la actuación contractual en los términos de la constitución y de la ley. **VIGESIMA - MECANISMO PARA LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:** las partes podrán dirimir las controversias que se susciten con ocasión a la actividad contractual, agotando el siguiente procedimiento: A) recurrir primero al arreglo directo, cuya etapa no podrá ser superior a cinco (5) días hábiles. B) si fracasa la etapa anterior, podrá recurrirse a la conciliación prejudicial o la transacción. **VIGESIMA PRIMERA - CLÁUSULA COMPROMISORIA.** Las partes convienen que en el evento que surja alguna diferencia entre las mismas, por razón o con ocasión en el presente contrato, será resuelta por un tribunal de arbitramento constituido en la cámara de comercio de Santa Marta siendo este el domicilio contractual, el cual decidirá en derecho, integrado por Un (1) árbitro designado conforme a la Ley. Los arbitramentos que

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

ocurrieren se regirán por lo dispuesto en el Decreto 2279 de 1991, en la Ley 23 de 1991 y en las demás normas que modifiquen o adicionen la materia. **PARÁGRAFO UNICO:** La anterior cláusula la pactamos de conformidad al artículo 1602 del Código Civil, que dispone: "Los contratos son ley para las partes. Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por consentimiento mutuo o por causales legales". **VIGESIMA SEGUNDA - AFILIACION Y APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:** El contratista acreditara su afiliación y aporte mensual al sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos profesionales mediante la presentación mensual de los correspondientes Pagos cotizando con el IBC (Ingreso Base de Cotización) en el presente contrato. **VIGESIMA TERCERA – CESIÓN DEL CONTRATO: El CONTRATISTA.** Este contrato es INTUITU PERSONAE por lo tanto no podrá ceder la ejecución en el presente contrato de prestación de servicios a persona alguna natural o jurídica. **VIGESIMA CUARTA - RESPONSABILIDAD POR DAÑOS O PERJUICIOS:** **EL CONTRATISTA** autoriza al Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche descontar de sus honorarios el respectivo valor por los perjuicios económicos o materiales debidamente comprobados al Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, ocasionados por su comisión u omisión relacionada con la ejecución de la presente contrato de Prestación de Servicios sin perjuicio de las acciones legales a las que haya lugar de acuerdo a lo estipulado por el manual de contratación de la E.S.E. Lo anterior previo agotamiento, del debido proceso, y derecho a la defensa. **VIGESIMA QUINTA - DE LOS CONTRATISTAS:** Los contratistas responderán civil, fiscal y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de ley, previo agotamiento del debido proceso y del derecho a la defensa. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El contratista debe tomar las medidas necesarias para garantizar la custodia y preservación de los bienes del contratante bajo su uso (controles de manejo, revisiones de equipos, polizas de manejo e.t.c.) so pena de responder como contratista por el daño o perdida de los implementos utilizados, ya sea en reposición o al precio comercial del bien, o perdida de información descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir, autorización que se entiende expresa y escrita por cada caso en particular. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El contratista asume directa y personalmente la responsabilidad que se derive de una mala practica en el desarrollo del objeto contractual y expresamente exonera al **CONTRATANTE** por lo eventos en que el cliente, usuario o un tercero, sufra algún tipo de perjuicio siempre y cuando no se deban a un evento de fuerza mayor o caso fortuito, los cuales lo exoneran de responsabilidad. **PARÁGRAFO TERCERO:** El contratista de prestación de servicios que tenga a su cargo documentos, información, bienes, recursos del hospital y servicios deberá suscribir el acta respectiva con el supervisor del presente contrato. **VIGÉSIMA SEXTA - LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** para todos los efectos legales relacionados con el presente contrato, las partes acuerdan como domicilio, la ciudad de Santa Marta, donde para constancia y de conformidad con su contenido lo suscriben

Vigilado Supersalud

EL HOSPITAL

LUIS OSCAR GALVIS MATEUS
AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

EL CONTRATISTA

MARIDIS RAMOS MARQUEZ
C.C. N° 26.689.372 DE ARACATACA (MAGDALENA)

REVISO Y APROBÓ: ANA MARIA CORDOBA LEAL
JEFA OFICINA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO

PROYECTÓ: CATHERINE REYES MAYA
ABOGADA CONTRATISTA OFICINA JURIDICA
Y DE CONTROL DISCIPLINARIO

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 17/Dic/2022, **Hora:** 10:02:58 a.m.
Apellido: Ramos Marquez **Nombre:** Maridis **HC:** # 75741
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 26689372 **Edad:** 61 años
Empresa: Particular **Sexo:** Femenino ♀
Cargo: Auxiliar De Enfermeria **Nacim:** 29/Jun/1961
Direccion: Calle 65 No 17-77 Gaira **Rh:** AB+
Telefono: **Celular:** 3107201020 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 74 Kg **Estatura:** 157 Cm **IMC:** 30.0 **Escolaridad:** Bachiller **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Positiva **AFP:** Sin Definir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad
.

Observaciones

Mirta Cecilia Nuñez Gutierrez
Medico Especialista en Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y
Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Maridis Ramos Marquez
CC 26689372

Huella
Digital

Calle 21 Nº 14-33 Barrio Alcázares Email: aisomltda@hotmail.com Tel: 4354299 – 4361998 - 3217551107

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 26689372

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO.

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los doce (12) dias del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
Subdirector (E)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

80137733 - 12/12/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900245397BCC26689372C.

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225838-2018

CERTIFICA QUE:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

C.C. N° 26689372

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Resultado General -2023-02-08→1:56:23 PM -2023-02-08→2:05:18 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	26689372	MARIDIS		RAMOS	MARQUEZ	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) MARIDIS RAMOS MARQUEZ identificado(a) con CC 26689372 registra La siguiente información:

2023-02-08→2:05:18 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-07-23	1955	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaria Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 47 1955
"Por la cual se registra un titulo"
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **MARIDIS RAMOS MARQUEZ,** identificado (a) con Cédula de Ciudadania No. 26,689,372, expedida en Aracataca - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL CON CONOCIMIENTOS ACADEMICOS, otorgado por **LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS,** con Acta de Certificados N° 0807 del 24 de Agosto de 2002.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **MARIDIS RAMOS MARQUEZ,** identificado (a) con Cédula de Ciudadania No. 26,689,372, expedida en Aracataca - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** en el territorio Nacional e Inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizó el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 23 JUL 2015

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Helsiell Russo A.

Construyendo Respeto por el Magdalena
Secretaria.lesalud@magdalena.gov.co
Calle 23 No. 13 A 02
Teléfono: 57 54 319542

1910

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

La República de Colombia y en su nombre

El

Colegio Nacionalizado de Bachillerato Mixto

De Aracataca - (Magdalena)

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 16935 del 1o. de Noviembre de 1.984

Confiere a:

Maridis Ramos Márquez

Identificada con la C. C. No. 36.609.372 de Aracataca

El Título de:

Bachiller Académico

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

Rector(a)

Secretario(a)

Aracataca, de de 1.98

Anotado al folio del Libro de Registro No.

Secretario de Educación

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

República de Colombia

Ministerio de Salud Pública

El Servicio Nacional del Magisterio, por intermedio de la

Escuela de Auxiliares de Enfermería "Gabriel Angulo"

Hace Constar:

Que: Maridys Ramos Márquez

Matriculada aprobó el examen de:

Promotora de Salud

Practicado en [illegible] desde el 5 de Noviembre 1990

Santa Marta, Noviembre 5 1990

Coordinadora

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

En nombre de la República de Colombia .
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional
La Corporación de Estudios Técnicos, Ocupacional Sistematizada

CETECOS

Autorizada por La Secretaría de Educación Distrital según resolución
No. 1407 del 27 de Noviembre de 2006 y 1217 del 25 de Junio de 2007
Acuerdos expedidos por el Comité Ejecutivo Nacional para el
Desarrollo de Recursos Humanos en Salud No. 38 y 40 de 2000

En Atención a que

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

Identificado (a) con C.C./T.I. 26.689.372 Expedida en Aracataca (Mag.)

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos en el nivel de educación de instituciones de formación para el trabajo y desarrollo humano, conforme a la norma reglamentada por el decreto 114 de 1.996 artículo 13.

Otorga el Presente Certificado de Aptitud Ocupacional con Conocimientos Académicos como Técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Intensidad Horaria 1800 Horas

En testimonio de ello se firma y sella el presente certificado dado en Santa Marta.
El Día 24 del mes de Agosto del año 20 02 Acta de Grado No. 0807

COPIA EXPEDIDA EL 20 DE AGOSTO DE 2.010

Carlos Miguel Barrios Gutiérrez
Director

Jairo García López
Coordinador Académico

Alexa Diazgranados Perea
Coordinadora Programa

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

Acta de Grado

Colegio Nacionalizado de Bachillerato Mixto

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 16935 de Noviembre 1o. de 1.984

En la ciudad de Aracataca, a los 22 días del mes de Diciembre del año de 1984 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO NACIONALIZADO DE BACHILLERATO MIXTO modalidad ACADEMICO Institución aprobada hasta GRADO 11, en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica según Resolución(es) Número(s) 16935 de Noviembre 1o. /84

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE
27-	RAMOS MARQUEZ MARIOIS,

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 26.689.372 de Araca,

Es fiel copia tomada del Acta original No. 004 de fecha Diciembre 22 /84 que consta de 33 alumnos graduados, comienza con el nombre de Rafael Lucas Arias Galán, y se cierra con el nombre de URIBE BERRIO ELIZABETH MARIA,

firmado y sellado por LIC. JOSE RAMON PEDRIQUEZ C, (Rector) y Isabel Manjarrés F. (Secretaria)

Dada en Aracataca, a los 22 días del mes de Diciembre de 1.9 84

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.

Firmado y Sellado

El Rector o Director(a)

El Secretario(a)

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

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

ACTA DE OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS No 2166

En la ciudad de santa marta, departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:00 PM del día 14 de Septiembre de 2002, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de aptitud ocupacional en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A : MARIDIS RAMOS MARQUEZ

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

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

Numero de horas 2400

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

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 0807

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:30 p.m. del día 24 de Agosto de 2.002, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional y conocimientos académicos como técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ
C.C. 26.689.372 de Aracataca (Magdalena)

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

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

Número de Horas: 1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico.

DIRECTOR ACADEMICO
CARLOS GONZALEZ GUTIERREZ

COORDINADOR ACADEMICO
JAIRO GARCIA LOPEZ

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1- DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RAMOS	MARQUEZ	MARIDIS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 26689372 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 29 MES 06 AÑO 1961

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 29K 21A-4 laureles.

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3107201020 EMAIL .

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: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 1984

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		tecnico en Aux de Enf.	08	2002	

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

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

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3- EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HUJMB	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4365007.	DÍA 01 MES 01 AÑO 2023	DÍA 28 MES 02 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux de Enfermería	Central de Esterilización	Kra 14 #23-42 Alcazar

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HUJMB			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	Notificaciones Judiciales@HUJMB.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4365007	DÍA 01 MES 08 AÑO 2022	DÍA 31 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux de Enfermeria	central de Esterelizacion	Kra 14 #23-42 Alcazare

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HUJMB	V		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	NOTIficacionjudiciales@HUJMB.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4365007	DÍA 01 MES 04 AÑO 2022	DÍA 31 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux de Enfermeric	central de Esterelizacion	NOTIficacionjudiciales@HUJMB.co

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HUJMB	V		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	Santa Marta	NOTIficacionjudiciales@HUJMB.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4365007	DÍA 01 MES 01 AÑO 2022	DÍA 31 MES 03 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux de Enfermeria	Central Esterilizacion	Kra 14 # 23-42 Alcazare

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

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	7	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Stacruz- 08-02-23-

Mandy Ramos M.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14194748863

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 2 6 6 6 9 3 7 2 | 6. DV: 7

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta 9

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	26689372	1 9 8 1 12 14

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Aracataca 0 5 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMOS	MARQUEZ	MARIDIS	

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	43. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 23 C 17 77 BRR NUEVA BETEL GAIRA

42. Correo electrónico: maridisramos@hotmail.es

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 1 0 7 2 0 1 0 2 0 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	45. Código	48. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 2 0 6 1 5					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☒ | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2012 - 12 - 18

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

994. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
995. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 14-12-2021 06:56:10AM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Santa Marta, Febrero 13 del 2023

Doctor
José Rafael Domínguez Ayala
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo:

Muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentarle mí propuesta como AUXILIAR DE ENFERMERIA, función que desempeñaré a cabalidad cumpliendo con todas las funciones que sean asignadas pertinentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta.

Atenta

Maridis Ramos Marquez

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

C.C 26.689.372

Powered by CamScanner

SIII

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **26689372**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	26689372	ramos	MÁRQUEZ	maridis	.	2022-07-29, 17:31

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Powered by CamScanner





Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC12F VERSION: 04 FECHA DE ULTIMA REVISION:9/12/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Ronaldis Ramos Monsy ; Identificado con Cédula No. 26689372 y Profesión Aux Enfermería **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Ronaldis Ramos M.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
4	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**		
5	Propuesta de Servicios		
6	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
7	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
8	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
9	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
12	RUT - Registro Único Tributario		
13	Hoja de Vida — Función publica		
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
15	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL -** Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual).**		
16	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
17	Resolución departamental para ejercer profesión - **(personal asistencial)**		
18	Tarjeta Profesional		
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 **(Personal Asistencial).**		
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO -** Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
25	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
26	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
29	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías*.		
30	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
32	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. **(Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
33	Soporte de experiencia laboral.		
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
35	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)		
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx		

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de: _____

Powered by CamScanner