REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.923.278

GRANADOS BUENDIA

APELLIDOS

MANUEL DE JESUS

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1990

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.83 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

12-NOV-2008 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2100100-00157679-M-1082923278-20090528 0011841398A 1 26512281

Escaneado con CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| HUMB | **LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL** | CODIGO: GJC16F<br>VERSION: 05<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023<br>PAGINA 1 de 1 |

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Manuel Granados Buenaño, Identificado con Cédula No. 1.082923278 y Profesión Auxiliar de enfermería **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

**FIRMA:** Manuel Granados B.

| | 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 – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php | | |
| 5 | Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | | |
| 6 | Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo) | | |
| 7 | Propuesta de Servicios | | |
| 8 | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | |
| 9 | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | |
| 10 | RUT - Registro Único Tributario | | |
| 11 | Hoja de Vida – Función publica | | |
| 12 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**) | | |
| 13 | Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (**fecha vigente – MES actual**). | | |
| 14 | Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | |
| 15 | Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**) | | |
| 16 | Tarjeta Profesional | | |
| 17 | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | | |
| 18 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | | |
| 19 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**). | | |
| 20 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 21 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 22 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 23 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 24 | Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | |
| 25 | 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*. | | |
| 26 | 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*) | | |
| 27 | 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*. | | |
| 28 | 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***). | | |
| 29 | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 30 | 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)** | | |
| 31 | Soporte de experiencia laboral. | | |
| 32 | Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial) | | |
| 33 | Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** – Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**) | | |
| 34 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días) | | |
| 35 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días) | | |
| 36 | Certificado ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días) | | |
| 37 | Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx | | |

Powered by CamScanner

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082923278**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1082923278 | GRANADOS | BUENDIA | MANUEL | DE JESUS | 01/09/21 |

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

| | | |
|---|---|---|
| HJMB | **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS** | CODIGO: GJC18F<br>VERSION: 01<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023<br>PAGINA 1 de 1 |

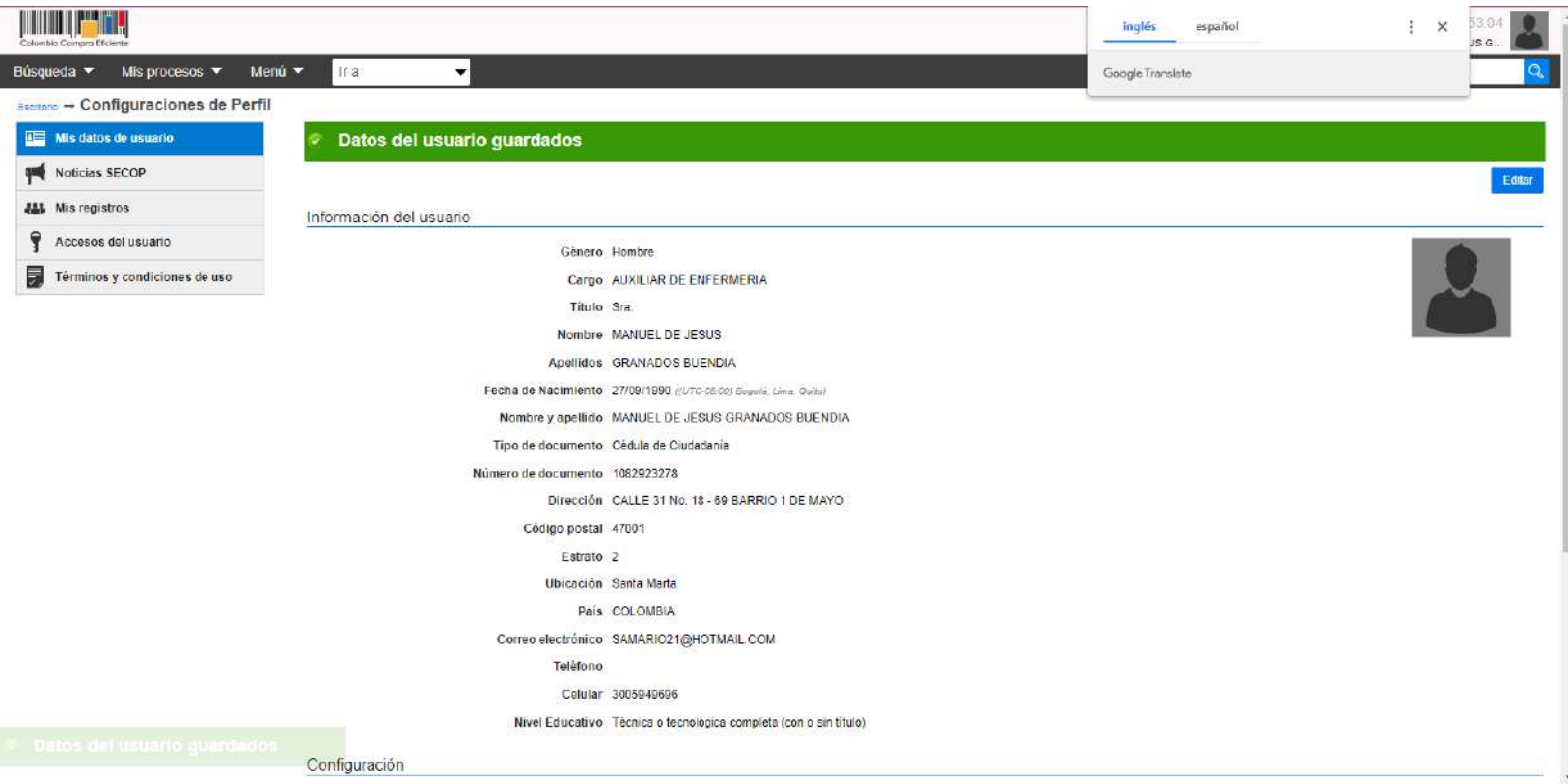
El(la) suscrito(a) Manuel Gonzalez Bustos identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.082923278 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL 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 7 del mes de Junio de 2023.

Firma Manuel de Jesus Gonzalez Bustos
Nombre Manuel de Jesus Gonzalez Bustos
Cédula 1.082923278

Powered by CamScanner


Colombia Compra Eficiente
inglés
español
Google Translate
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Datos del usuario guardados
Editar
Información del usuario
Género Hombre
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título Sra.
Nombre MANUEL DE JESUS
Apellidos GRANADOS BUENDIA
Fecha de Nacimiento 27/09/1990 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Nombre y apellido MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1082923278
Dirección CALLE 31 No. 18 - 69 BARRIO 1 DE MAYO
Código postal 47001
Estrato 2
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico SAMARIO21@HOTMAIL.COM
Teléfono
Celular 3005949696
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Datos del usuario guardados
Configuración

D.T.C.H SANTA MARTA JUNIO DEL 2023

Doctor

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Ciudad

Cordial Saludo

A solicitud de su respetada institución yo Morel de Jesus Granados Bustos

identificado con C.C No. 1082923278 de Santa Marta

le solicito a usted dejarme ingresar como Auxiliar de enfermeria dentro del área de Psiquiatrica espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

Morel de Jesus Granados Bustos

C.C 1082923278 de Santa Marta

Powered by CamScanner

*República de Colombia*

*Distrito Turístico Cultural e Histórico*

**ALCALDIA MAYOR DE SANTA MARTA**
**SECRETARIA DE GOBIERNO DISTRITAL**
**INSPECCION DE POLICIA**

El Suscrito Inspector(a):

**HACE CONSTAR**

Que a la fecha compareció en este despacho, el (la) señor (a) que dijo llamarse: Manuel De Jesus Cronados Quiroz
Identificado con cedula de ciudadanía Nº 1.082.983.208 de Santa Marta
quien manifestó baho la Gravedad de Juramento y previas las formalidades de los Articulos 266 y 269 del C.P.P., en concordancia en el Articulo 442 del C.P. haber extraviado lo siguientes:

Que ha extraviado la tarjeta militar
Nº 1.082.983.208 del Distrito Militar
de la ciudad de Santa Marta.

Para constancia se expide y se firma la presente en la ciudad de Santa Marta a los 10, días del mes de Julio del año 2012.

INSPECTOR(A) | COMPARECIENTE | AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Escaneado con CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14214313643

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 8 2 9 2 3 2 7 8 — 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9

14. Buzón electrónico

### IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión iliquida 2 | Cédula de Ciudadania 1 3 | 1 0 8 2 9 2 3 2 7 8 | 2 0 0 8 1 1 1 2 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| GRANADOS | BUENDIA | MANUEL | DE JESUS |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

### UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 31 18 69 BRR PRIMERO DE MAYO

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| | | 3 0 0 5 9 4 9 6 9 6 | |

### CLASIFICACION

**Actividad económica**

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 53. Código: | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 2 1 2 2 7

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:

984. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 23-12-2019 03:10:19PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

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 |
|---|---|---|
| Granados | Buendia | Manuel de Jesus |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082923278 | F ( ) M (X) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 27 MES 09 AÑO 1990 | CALLE 31 18 69 Primero de mayo | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | MAGDALENA |
| DEPTO | MAGDALENA | MUNICIPIO | SANTA MARTA | | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | TELÉFONO | 3005949696 | EMAIL | samario21@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 | 12 | AÑO | 2006 |
| | | | | | | | | | | 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 | 4 | X | | | 11 | 2008 | |

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| Cursos | CESMAG | EDUCACIÓN INFORMAL | ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y "VIH/SIDA" | 01 | 4000 |

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 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* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| CONTRATISTA | ACTIVIDADES DE SALUD | Sin dirección |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

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

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 02 | *Mes* | 07 | *Año* | 2019 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2019 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIAR ENFERMERIA | | |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TRANCONIS | X | | COLOMBIA |

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

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 24 | *Mes* | 01 | *Año* | 2014 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2014 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| CONTRATISTA | | Sin dirección |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | X | | COLOMBIA |

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

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4346262 | *Día* | 10 | *Mes* | 11 | *Año* | 2011 | *Día* | 24 | *Mes* | 01 | *Año* | 2014 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| CONTRATISTA | ASISTENCIAL | CARRERA 14 N 23 42 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TRANCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 10 | *Año* | 2013 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TRANCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 10 | *Mes* | 07 | *Año* | 2013 | *Día* | 09 | *Mes* | 08 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TRANCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 14 | *Mes* | 02 | *Año* | 2013 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TRANCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 21 | *Mes* | 11 | *Año* | 2012 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2012 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TRANCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 30 | *Mes* | 08 | *Año* | 2012 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2012 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TRANCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>PEDRAZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 01 | *Año* 2012 | *Día* | 10 | *Mes* | 07 | *Año* | 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TRANCONIS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 12 | *Año* 2011 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2011 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>REDCARIBE CTA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* 2010 | *Día* | 27 | *Mes* | 10 | *Año* | 2010 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 4 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 5 | 2 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 5 | 7 |

## 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

MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

# La Institución Educativa Distrital

# Hugo J. Bermúdez

SANTA MARTA

Establecimiento educativo reconocido oficialmente a través de la resolución No. 0013 del 26 de Enero de 2006 emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta

CONFIERE A:

MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA

Identificación No. 90092765929 de Santa Marta

El Título de

# Bachiller Académico

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES
AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA,
SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES

ORALDO JOAQUIN ROPAIN MIRANDA
Rector

JULIA ESTHER MOZO LOVERA
Secretaria

Inscrito para efectos legales en el Libro de Registro No 001
Folio No 030
Acta General de Graduación No 000 de 10 de Diciembre del 2006

Dado en Santa Marta a los 16 días del mes de Diciembre del 2006

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA DISTRITAL
I.E.D. HUGO J. BERMUDEZ
SANTA MARTA D.T.H.C.

Según Plan de Estudios vigente, reglamentado por la Ley 115 de 1994, y el Decreto 0230 de 2002. Registro DANE 147001001800

# ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santa Marta, a los Dieciséis (16) dias del mes de Diciembre de 2006 se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos de último año, los suscritos, Rector y Secretaria de la Institución Educativa Distrital HUGO J. BERMUDEZ de Santa Marta, Institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de educación media académica para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución No. 0013 del 26 de ENERO del 2006

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media académica, se procedió a otorgar el Titulo de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA C.C. No. 90092765929 de Santa Marta

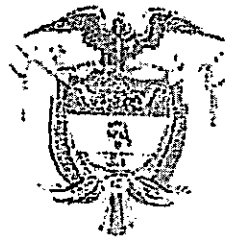
Es fiel copia del Acta General No. 060, firmada a los Dieciséis (16) dias del mes de Diciembre de 2006, que consta de 118 alumnos graduados, comienza con el nombre de DAYAN IRINA ALVARADO CANTILLO y termina con el de YESID JOSE VILLARREAL PEINADO.

Firmada y Sellada: Rector y Secretaria

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, no serán autenticados ni sellados de acuerdo a los artículos 46 y 47 del decreto 1122 de 1999. Dado en Santa Marta, en la fecha 16 Diciembre de 2006

ORALDO JOAQUIN ROPAIN MIRANDA
C.C. No. 12.535.669 de Santa Marta
Rector

JULIA ESTHER MOZO LOVERA
C.C. No. 36.536.464 de Santa Marta
Secretaria



República de Colombia

Departamento del Magdalena

y en su nombre

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "GABRIEL ANGULO"

Creado mediante Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1945, aprobado por Resolución No. 2162 de Agosto 9 de 1968 y modificado mediante Ordenanzas No. 020 de diciembre de 1992 y No. 003 de junio 7 de 2005

Teniendo en cuenta que:

# Manuel De Jesús Granados Buendía

C.C. No. 1.082.923.278 expedida en Santa Marta

Cursó y aprobó todas las cátedras programadas por el Centro y cumplió con todas las exigencias legales y reglamentarias le confiere el certificado de:

## "Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería"

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta (Magdalena), a 04 de diciembre de 20

Director CESMAG

Secretaria Académica

CESMAG
CABRIEL ANGULO

**CENTRO DE EDUCACION**
**EN SALUD DEL MAGDALENA**
Nit. 891.780.117-1

## ACTA DE CERTIFICACION No. 223

En la ciudad de Santa Marta, a los cuatro (04) días del mes de diciembre del año 2008 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, el suscrito director y la secretaria académica del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, Institución creada mediante Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1949, aprobada en el Nivel Vocacional según Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1968, modificada mediante Ordenanzas No. 020 de diciembre 23 de 1992 y No. 002 de Junio 7 de 2006. Autorizada por el Ministerio de Salud y Educación Nacional, para otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA.** Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** al alumno cuyos nombres, apellidos y documentos de identidad se relacionan a continuación, **GRANADOS BUENDIA MANUEL DE JESUS,** identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.082.923.278** expedida en Santa Marta.

La presente acta es fechada en diciembre 04 de 2008 y consta de ciento veintiocho (128) alumnos que comienza con los nombres y apellidos de ACOSTA GUERRA ANGELY ELIZABETH y cierra con los nombres y apellidos ZUÑIGA GONZALEZ JOHANA MILENA.

Firmada y sellada por el director **JORGE AGUDELO APREZA** y **LAURA AGUDELO GARCIA,** Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta (Magdalena), a los cuatro (04) días del mes de diciembre de 2008.

Firmado y Sellado

**JORGE AGUDELO APREZA**
Director

**LAURA AGUDELO GARCIA**
Secretaria Académica

# EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
# CESMAG "GABRIEL ANGULO"

CESMAG
GABRIEL ANGULO

Certifica que:

*Manuel Granados Buendía*

Asistió al Seminario Taller

## "Circulante en Sala de Cirugía"

Realizado con una intensidad horaria de 75 horas

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta, a 04 de diciembre de 2008

JORGE AGUDELO APREZA
Director CESMAG

YAMILE PEREA BOLAÑO
Instrumentadora Quirúrgica

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "GABRIEL ANGULO"

CESMAG
GABRIEL ANGULO

Certifica que:

*Manuel Granados Buendía*

Asistió al Diplomado en

"Laboratorio Clínico"

Realizado con una intensidad horaria de 120 horas

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta, a 04 de diciembre de 2008.

JORGE AGUDELO APREZA
Director CESMAG

YENIS VASQUEZ LOPEZ
Bacteriologa

# EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
# CESMAG "GABRIEL ANGULO"

CESMAG

Certifica que:

Manuel Granados B.

Asistió al Seminario Taller

## "Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA"

Con una intensidad horaria de 8 horas

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta. a 21 de febrero de 2008.

JORGE AGUDELO APREZA
Director CESMAG

LAURA AGUDELO GARCIA
Secretaria Académica

La Asociación Red de Facilitadores Terapéuticos del Caribe

Hace constar que:

# *Manuel de Jesús Granados Buendía*

ASISTIO AL CURSO DE HOMOLOGACIÓN

## FACILITADOR DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA NIVEL I

[illegible] intensidad de 100 horas

[illegible] Santa Marta [illegible] Mayo [illegible]

Carlos Cortes Hoyos
Presidente Red FTC

Ramiro Tabor Agudelo
Instructor SENA

Universidad del Magdalena

# CAPACITACIÓN "ACTUALIZACIÓN DE CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL"

*Certifica que:*

*Manuel Granados*

Ha participado en calidad de asistente en la CAPACITACION ACTUALIZACION DE CUIDADO AL PACIENTE EN SALUD MENTAL con una intensidad de 24 horas, que se llevó a cabo del 3 al 29 de noviembre de 2015 en el hospital Fernando Troconis, Santa Maria D.T.C.H.- Colombia.

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ
Directora del programa de Enfermería
Universidad del Magdalena

TATIANA GONZALES NOGUERA
Docente asociada Universidad del Magdalena

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 1064
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARIA 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) MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.923.278, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la AUTORIZACIÓN para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TECNICO otorgado por EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA - CESMAG – "GABRIEL ANGULO" de Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificacion No. 223 del día 4 de Diciembre de 2008.

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 MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.923.278, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como 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 Autorizo el Título 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 11 JUL 2012

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectada por: Juana Molina – Profesional Universitario.

RESPETO POR EL MAGDALENA

**Atención telefónica a través del Centro de Contacto:**
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
**Horario de atención:**
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.



Cambiar

4035

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2023-05-15→9:57:37 AM -2023-05-15→10:18:31 AM -2023-05-15→10:32:01 AM -2023-05-15→10:46:26 AM -2023-05-15→10:59:54 AM -2023-05-15→11:17:48 AM -2023-05-15→12:24:01 PM -2023-05-15→12:52:31 PM -2023-05-15→1:10:02 PM -2023-05-15→1:20:33 PM -2023-05-15→1:29:18 PM -2023-05-15→1:38:24 PM -2023-05-15→1:46:59 PM -2023-05-15→1:59:14 PM -2023-05-15→2:09:31 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1082923278 | MANUEL | DE JESUS | GRANADOS | BUENDIA | 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) MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA identificado(a) con CC 1082923278 registra La siguiente información:**

**2023-05-15→2:09:31 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 2012-07-11 | 1064 | 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).**

Consultor Integral En Salud

# CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

*Nit. 901059104. Matricula. 668523*

CERTIFICA QUE:

## MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA

Cedula de Ciudadanía N° 1.082.923.278

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

## PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: 40 HORAS

Otorgado el 17 de Octubre del 2020

Firma y RUN del Instructor
Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Código de verificación: AVVS201042-1353

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA**

*Con Cedula de Ciudadanía No. 1082923278*

*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) días 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

**80138006 - 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 9529002453986CC1082923278C.

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Manuel de Jesús Granados Buendía*

## *CC 1082923278 de Santa Marta, Magdalena*

Realizó y aprobó el Diplomado Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-09
Fecha de vencimiento: 2025-06-09

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Manuel de Jesús Granados Buendía*

## *CC 1082923278 de Santa Marta, Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso de competencias esenciales para el cuidado del donante con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-09
Fecha de vencimiento: 2025-06-09

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Manuel de Jesús Granados Buendía*

## *CC 1082923278 de Santa Marta, Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto 1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-09
Fecha de vencimiento: 2025-06-09

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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



**Fecha:** 14/Dic/2022, **Hora:** 10:26:39 a.m.
**Apellido:** Granados Buendia **Nombre:** Manuel De Jesus
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1082923278
**Empresa:** Particular
**Cargo:** Auxiliar De Enfermeria
**Direccion:** Calle 31 No 18-69 1 Mayo
**Telefono:** **Celular:** 3005949696 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** ::: No Aplica :::
**Peso:** 92 Kg **Estatura:** 185 Cm **IMC:** 26.8 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
**EPS:** Sanitas **ARL:** Positiva **AFP:** Proteccion

**HC:** # 75584
**Edad:** 32 años
**Sexo:** Masculino ♂
**Nacim:** 27/Sep/1990
**Rh:** O+

### Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

### Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

### Recomendaciones

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

Otras: Mejorar Habitos Alimenticios / Dieta Balanceada.

### Observaciones

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

Manuel De Jesus Granados Buendia
CC 1082923278

Huella
Digital



Powered by CamScanner

5. No **180** de fecha 08 de Febrero de 2013 con un plazo de ejecución contado a partir del 14 de Febrero al 30 de Junio de 2013, por valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000.oo).

6. No **527** de fecha 10 de Julio de 2013 con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de Julio al 09 de Agosto de 2013, por valor de UN MILLON CIENTO CINCUENTA MIL PESOS S ($1.150.000.oo).

7. No **1159** de fecha 16 de Octubre de 2013 con un plazo de ejecución contado a partir del 16 de Octubre al 31 de Diciembre de 2013, por valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($5.750.000.oo).

8. No **466** de fecha 24 de Enero de 2014 con un plazo de ejecución contado a partir del 31 de Enero al 30 de Junio de 2014, por valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000.oo).

9. No **952** de fecha 16 de Julio de 2014 con un plazo de ejecución contado a partir del 16 de Julio al 31 de Agosto de 2014, por valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($2'300.000.oo).

10. No **1213** de fecha 10 de Septiembre de 2014 con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2014, por valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($4'600.000.oo).

11. No **456** 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, por valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3'450.000.oo).

12. No **701** de fecha 31 de Marzo de 2015 con un plazo de ejecución contado a partir del 31 de Marzo al 30 de Junio de 2015, por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3'600.000.oo).

13. No **701** de fecha 01 de Julio de 2015 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de Octubre de 2015, por valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($4'800.000.oo).

# CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | |
|---|---|
| **CONTRATANTE:** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" |
| **CONTRATISTA:** | MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA |
| **Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.082.923.278 DE SANTA MARTA (MAGDALENA) |
| **OBJETO:** | PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR:** | CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000) |
| **TERMINO DE EJECUCIÒN:** | A PARTIR DEL 01 DE ENERO HASTA EL 31 DE MARZO DEL 2021 |
| **SUPERVISOR:** | UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRIA Y REHABILITACION |

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 su calidad de Agente Especial – Interventor, obrando en nombre y representación legal de la EMPRESA **SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** según Resolución número 002304 del 11 de mayo del 2020 y con Nit. 891.780.185 -2, creada 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 Acuerdo 009 de 2015, sus normas reglamentarias y modificatorias, quien para efectos del presente contrato de prestación de servicios se denominará **EL HOSPITAL,** por una parte, y por la otra, **MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA,** igualmente mayor de edad, domiciliado y residenciado en la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, identificado con C.C Nº 1.082.923.278 expedida en la ciudad de SANTA MARTA (MAGDALENA), quien para efectos del presente contrato de prestación de servicios se denominará 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, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO:** El objeto del presente contrato es **PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.,** en los términos, condiciones y especificaciones contenidas en el estudio de necesidad, el cual hace parte integral del presente contrato. **CLAUSULA SEGUNDA: CONSIDERACIONES PREVIAS E INDISPENSABLES:** Es entendido que, por la suscripción del presente contrato de prestación de servicios, nacen entre las partes actividades para el desarrollo eficiente de las obligaciones pactadas y que, en tal virtud, se imponen unas cargas que buscan poner en práctica tales actividades, de parte del **CONTRATISTA,** en tal virtud: **I. El CONTRATISTA** se obliga a: **1)** Obrar con la diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el gerente y/o el supervisor del contrato. **2)** Realizar todas y cada una de las actividades relacionadas en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, las cuales hacen parte **INTEGRAL** del presente contrato, cuyo contenido conoce a cabalidad el **CONTRATISTA. 3)** 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 **EL HOSPITAL. 4).** Aportar al **HOSPITAL** la hoja de vida con sus respectivos soportes, los documentos de identificación y los de más que le sean solicitados. **5).** 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 el **HOSPITAL. 6)** Estar afiliado al **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S),** (salud, pensión, ARL) respectivamente. **7)** 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

VIGILADO Supersalud

de Leche Humana **8)** 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. **9)** El valor facturado dependerá de los servicios prestados por parte del **CONTRATISTA** y verificados por el supervisor del contrato. **10)** 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. **11)** El **CONTRATISTA** manifiesta que conoce los estándares de acreditación en salud, aplicables al área en el cual prestará 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)** Las demás que determine el Gerente, el supervisor y que se deriven de las necesidades del **HOSPITAL.** **CLAUSULA TERCERA – INFORMES**: El **CONTRATISTA** deberá presentar los informes correspondientes a la ejecución del objeto contractual en el cual especificará las actividades encomendadas y realizadas identificando los periodos correspondientes los cuales deberán ser aprobados por el supervisor del presente Contrato, así mismo, entregará el material en medio físico y digital cuando su supervisor lo requiera. **CLAUSULA CUARTA: VALOR:** El valor del presente contrato es por la suma de **CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS *M/CTE ($4.500.000).*** **CLAUSULA QUINTA: FORMA DE PAGO:** El presente contrato se pagará en tres (03) cuotas, por valor de **UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS *M/CTE ($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 el **HOSPITAL** 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, 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 el **HOSPITAL.**, 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. **CLAUSULA 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** 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)** EL **CONTRATISTA** 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

VIGILADO Supersalud

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. **CLAUSULA SEPTIMA: PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de duración del presente contrato será desde la legalización (suscripción del acta de inicio) del presente contrato hasta el 31 de Marzo del 2021. **PARAGRAFO:** Vencido el plazo del presente contrato, el **CONTRATISTA** deberá abstenerse de seguir prestando los servicios objeto del presente contrato. El **HOSPITAL** no reconocerá servicios prestados por fuera del término de duración contractual o sin haberse legalizado el respectivo contrato. **CLAUSULA OCTAVA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: EL HOSPITAL** pagará el gasto que ocasione el presente contrato con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal Nº **617** del 01 de Enero del 2021, expedido por el Área Financiera del **HOSPITAL**. **CLAUSULA NOVENA: SUPERVISOR:** La Supervisión del presente contrato estará cargo de la **UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRIA Y REHABILITACION** o el funcionario que la Gerencia del **HOSPITAL** 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. **CLAUSULA 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**. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Los siguientes documentos hacen parte integral en el presente contrato. **1)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal y Registro Presupuestal Definitivo. **2)** Estudio de la necesidad de realizar en el presente contrato. **3)** Los demás documentos que legalmente se requieran (fotocopia de la 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. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma 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 si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo dispone el artículo 9 de la precitada ley. **CLAUSULA 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. **CLAUSULA 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

VIGILADO Supersalud

divulgar, publicar o comunicar a terceros información, documentos, planos o fotografías relacionados con las actividades del **HOSPITAL** 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 del **HOSPITAL** o su reputación. **3) EL CONTRATISTA** y/o sus dependientes se abstendrán igualmente de utilizar cualquier información procedente del **HOSPITAL** para cualquier fin diferente a la ejecución del presente contrato. De igual manera, el **HOSPITAL** se abstendrá de divulgar o compartir con personas diferentes al personal del **HOSPITAL** los documentos, programas, estrategias y tarifas del **CONTRATISTA. 4)** El **CONTRATISTA** divulgará **UNICAMENTE** la información a las personas **AUTORIZADAS** para su recepción dentro del **HOSPITAL**, por lo tanto el **CONTRATISTA** no manejará, usará, explotará o divulgará 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. **CLAUSULA 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 al **HOSPITAL** para que dicho valor sea descontado directamente de saldos a su favor. **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA: RELACIÓN LABORAL**: El 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. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA:** Verificado el plan de cargos del **HOSPITAL**, 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. **CLAUSULA 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. **CLAUSULA DECIMA NOVENA: TERMINACIÓN:** El presente contrato de Prestación de Servicios se podrá dar por terminado: **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 cualquiera 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 manifiesta 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. **CLAUSULA 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. **CLAUSULA 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 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

VIGILADO Supersalud

celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por consentimiento mutuo o por causales legales". **CLAUSULA 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. **CLAUSULA VIGESIMA TERCERA: CESIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato es **INTUITU PERSONE** por lo tanto no podrá ceder la ejecución en el presente contrato de prestación de servicios a persona alguna natural o jurídica. **CLAUSULA VIGESIMA CUARTA: RESPONSABILIDAD POR DAÑOS O PERJUICIOS: EL CONTRATISTA** autoriza al **HOSPITAL** descontar de sus honorarios el respectivo valor por los perjuicios económicos o materiales debidamente comprobados al **HOSPITAL**, ocasionados por su comisión u omisión relacionada con la ejecución del 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 del **HOSPITAL.** Lo anterior previo agotamiento, del debido proceso, y derecho a la defensa. **CLAUSULA VIGESIMA QUINTA: DE LOS CONTRATISTAS: EL CONTRATISTA** 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 **HOSPITAL** 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. **CLAUSULA 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 GALVES MATEUS**

**AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR**

**EL CONTRATISTA**

**MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA**
**C.C. Nº 1.082.923.278 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)**

***PROYECTÓ:*** *CARMEN CECILIA SERRANO CUELLO*
*ABOGADA CONTRATISTA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO*

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

***REVISO:*** *MARIO ALBERTO ALVARINO CARRILLO*
*ASESOR JURIDICO EXTERNO DE GERENCIA H.U.J.M.B.*

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | 21-6-13 | 6124-9186 | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Tdf | 1 | 01-04-14 | 324465 | |
| | 2 | 05-5-14 | 221501SMA | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 04-4-14 | STAE11020 | |
| | 2 | 10-5-14 | 320302BE | |
| | 3 | 11-11-14 | 1729BT-BASCH | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza A H1N1 | Bloqueo | | 510119 | |
| Otras | | | | |
| DPT | 07 | 11-11-14 | AC3F2344 | |
| Varicela | | 11-11-14 | MD20784 | |

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

*Consérvelo*

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

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Manuel De Jesus

Apellidos: Granados Buendia

Documento de Identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1082923278

Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 09 Año 1990

FUNCIÓN PÚBLICA

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2023-02-15 13:02 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MANUEL | DE JESUS | GRANADOS | BUENDIA |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1082923278 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HUJMB |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | |
|---|---|
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $18.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $18.000.000,00 |

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

CE-006 - 0000000100 – 2023

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1082923278 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Granados Buendia,Manuel De Jesus |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente Con Contrato De |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/09/2019 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Granados Buendia,Manuel De Jesus, a los 02 días del mes de junio del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

**PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.170.043-7

# CERTIFICA QUE:

**MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.923.278**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA** con **CC** No. **1082923278**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **Fecha de última cobertura:** 01/01/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/06/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/08/2023<br>**Clase de Riesgo:** 3<br>**Cargo :** AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA<br>**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO |

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301016138840.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de junio de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

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

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos MANUEL DE JESUS GRANADOS BUENDIA | | | | | | | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | M | X | F | |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 1082923278 | SANTA MARTA | 12/11/2008 |

| 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 | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27 | 9 | 1990 | SANTA MARTA | CALLE 31 #18-69 PRIMERO DE MAYO | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| samario21@hotmail.com | 3005949696 | |

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

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICA CON INTERNACION |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E.S.E HUJMB | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | AUXILIAR DE ENFERMERIA |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| KRA 14 #23-12 | SANTA MARTA | ALCACERES | 4366262 |

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

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Total Ingresos Mensuales | 1,800,000 | | Total Egresos mensuales | 1,800,000 | |
| Otros Ingresos Mensuales | | | Otros Egresos Mensuales | | |
| Total Activos | | | Total Pasivos | | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes | Año | Es declarante? | SI | NO X |

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

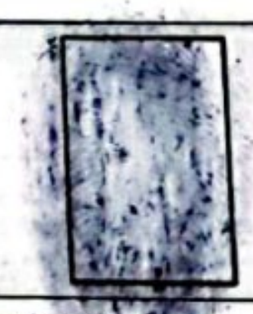
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SALARIO

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.



## 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):

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner