



Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HUMB	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC16F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Hendris Ramos Valencia identificado con Cédula No. 71689372 y Profesión Ley Enfermero **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 revalidados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Hendris Ramos Valencia

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
	[illegible]		
4	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/sili/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	Vigencia de Constitución, ACTIVA (COMPLETAR DE ABRIL A ANCHA)		
10	RUT - Registro Único Tributario		
11	Hoja de Vida – Función publica (SIGEP II)		
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 legal definitiva para ejercer profesión * (Extranjeros)		
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	[illegible] 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 [illegible]		
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/declaracion-bienes)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (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 SARLAF – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FIN04F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx		

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SIII

Pantalla Principal

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Yoraidys Ramos Márquez identificado con C.C./C.E./P.P No. 26689372. expedida en Aracataca, 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 08 del mes de Junio de 2023.

Firma
Nombre Yoraidys Ramos Márquez
Cédula 26689372.

COPIA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Santa Marta, junio 08 del 2023

Doctor
German Gaviria Vargas
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

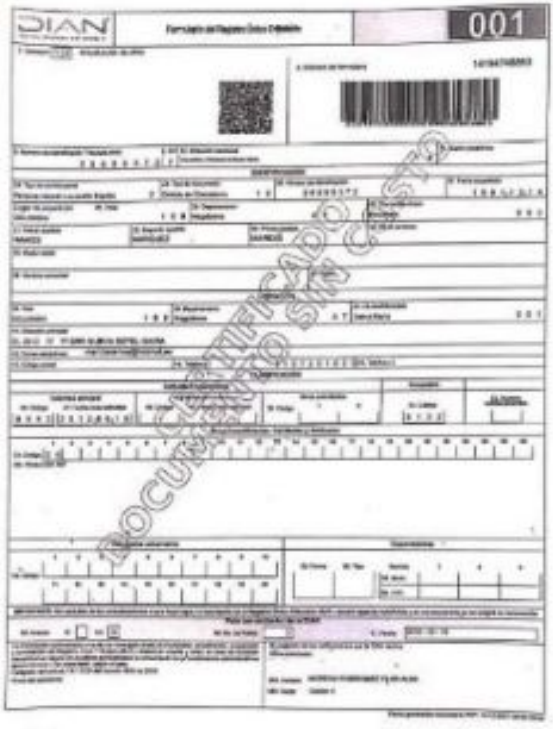
MARIDIS RAMOS MARQUEZ

C.C 26.689.372

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ramos	Marquez	Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) T.I. ( ) No. 1065	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA: DÍA 23 MES 08 AÑO 1967	CALLE 39 # 21 A 11 - A APARTAMENTO 1105 MURILLO
PAÍS: COLOMBIA	PAÍS: COLOMBIA DEPTO: SANTA FE
DEPTO: SANTANDER	MUNICIPIO: SANTA MARTA
MUNICIPIO: MALAGA	TELEFONO: 3 TIPO: CASA (Celular)

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		TÍTULO OBTENIDO		BACHILLER ACADÉMICO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°		10°	11°	MES	11	AÑO	2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

(X) TECNICA (X) TECNOLOGICA ( ) ESPECIALIZACIÓN ( ) MAESTRIA ( ) DOCTORADO ( ) Postg

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			12	1997	1035

CAPACITACIONES - OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

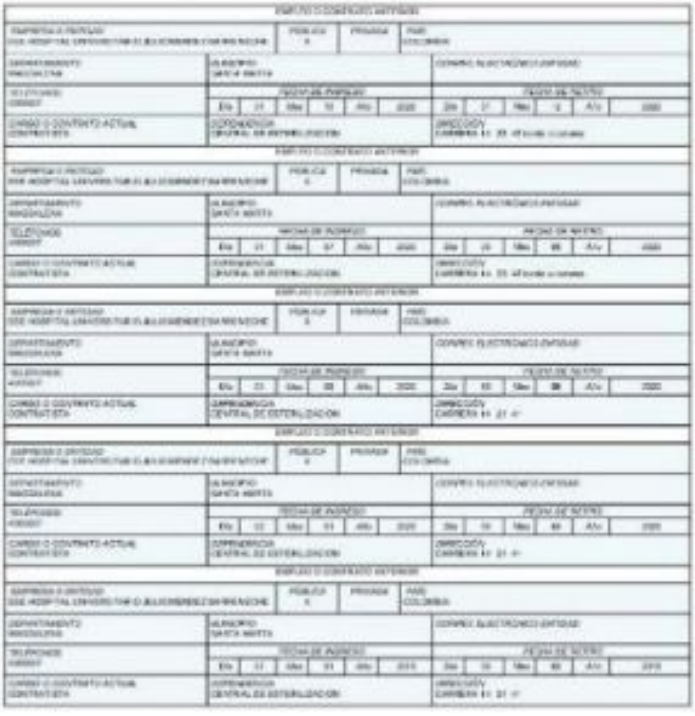
Persona Natural

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD [illegible]	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO [illegible]	MUNICIPIO SANTA MARTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS [illegible]	FECHA DE INGRESO Día [illegible] Mes [illegible] Año [illegible]	FECHA DE RETIRO Día [illegible] Mes [illegible] Año [illegible]	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN [illegible]	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD [illegible]	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO Día [illegible] Mes [illegible] Año [illegible]	FECHA DE RETIRO Día [illegible] Mes [illegible] Año [illegible]	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN [illegible]	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD [illegible]	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO Día [illegible] Mes [illegible] Año [illegible]	FECHA DE RETIRO Día [illegible] Mes [illegible] Año [illegible]	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN [illegible]	

[illegible] EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIA DOCENTE			
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO Día Mes Año	FECHA DE RETIRO Día Mes Año	
ÁREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO	DIRECCIÓN	

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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. (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta

Hardys Ramos Mena

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.

Santa Marta

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



La República de Colombia y en su nombre

El

Colegio Nacionalizado de Bachillerato [illegible]

La Directora - (Magistrada)

Confiere a

Marlon Ramos Márquez

El Título de

Bachiller Académico

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Escola de Auxiliares de Enfermaria "Gabriel Angelo"

Marilya Ramos Marques

Paraíso do Sul

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



CETECOS

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Acta de Grado

Colegio Nacionalizado de Bachillerato Mixto

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by 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 los 14th 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 señores Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la institución y Cuerpo Docente.

Numero de Libro 2400

Para constancia se firma la presente acta en el tenor de copia que reposa en el reglamento académico

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 8007

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a los 3 días del mes de Agosto de 2005, se hizo entrega de certificado de competencias laborales en Auxiliar de Enfermería a la señora:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ
C.C. 26.961.372 de Aracataca (Magdalena)

El egresado tendrá sus derechos, y cumplirá todos los deberes exigidos o estipulados por la institución para optar el certificado, todo acorde dichos apuntados todos los estatutos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y en concordancia a Ley y Todos con la Legislación por todo concepto.

La autenticidad estará garantizada por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Consejo Docente.

Marzo de Dieciocho 2005

Para Constancia firma la presente acta en el recinto de reglamento Auditorio.

DIRECTOR ACADEMICO
CARLOS GARCIAS GUTIERREZ

COORDINADOR ACADEMICO
SAIDY GARCIA LOPEZ

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCIÓN No. 0 1355

"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1469 de Agosto 5 de 1994, según Resolución delegada por el Gobierno Nacional y

CONSIDERANDO:

Que el(la) Señor(a) **MARIDIS RAMOS MARQUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 26.699.372, expedida en Ariguaní - Magdalena, solicitó ante este Secretaría la **AUTORIZACIÓN para desempeñarse como TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL CON CONDICIONES ACADEMICOS, otorgado por LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADOS - CETECOS, con Acta de Conformidad Nº 0807 del 24 de Agosto de 2002

Que estudiando la documentación presentada por el (la) interesado(a) se ha cumplido con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **MARIDIS RAMOS MARQUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 26.699.372, expedida en Ariguaní - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en el territorio Nacional e inscribirlo(a) para ejercer en el Departamento

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizó el Título o Certificado la persona deberá inscribirlo también en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 23 JUL 2003

MARIDIS SALVADOR RADA
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: [illegible]

Revisó y aprobó
Secretaría Jurídica
Folio 21 No. 11-6-03
Teléfono: 57 14 10042

RE 1 0 1 g

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Resultado General -2023-06-07 - 1:05:15 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	26859372	MARLOS		RAMOS	MARQUEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 108 y 181 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) MARLOS RAMOS MARQUEZ identificado(a) con CC 26859372 registra la siguiente información:

2023-06-07 - 1:05:15 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio aplicar Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-07-23	1999	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD MAGDALENA

La información disponible se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud que 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 a la fecha de expedición 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, registro profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION
PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

ENTHA
10 AÑOS

CERTIFICA QUE:

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

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

MARIBIS RAMON MARQUEZ

SOPORTE VITAL BASICO

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

IDENTIFICADO (A) con C.C. 26.689.372

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

GESTIÓN DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 15-06-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 15-06-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

IDENTIFICADO (A) con C.C. 26.689.372

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 15-06-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 15-06-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

Powered by 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 Guira **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 Osteomuscular

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 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 N° 14-33 Barrio Alcázares Email: alsomltda@hotmail.com Tel: 4354299 – 4361998 - 3217551107

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HAGO CONSTAR

Que la señora **MARIDIS RAMOS MARQUEZ** identificada con la cédula de ciudadanía No 26.669.372 de Arauca, laboró en mi consultorio cargo de Esterilizar 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,



JULIO CARBONO GAZSPARADOR
Médico General
Cel: 3146733911

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by 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 ejercicio y representación DE LA COOPERATIVA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COOPSERVICIOS CTA Nit. 900.155.730-9, sociedad diversificada 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 reglamento 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 Maribel Ramos Marquez, también mayor de edad y vecino (a) del municipio de Santa Isabel, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 26.609.322 de Anserma quien para efectos de este contrato se llamará "EL ASOCIADO TRABAJADOR", quien presenta 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 las 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 estatuto de los regímenes especiales de la cooperativa aprobados por el ministerio de la protección social según resolución Nº. 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, aprobados 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 en Gestor de Ventas

Carrera 23 No 23-61 Of 405 Edificio Don Pedro
Tel: 8 87 73 73

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



COOPSERVICIOS CTA.

COOPERATIVA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS LTDA.

NIT. 900.105.730-9

(_____) la compensación ordinaria tiene un valor el cual puede ser fijo o variable de acuerdo a la certificación del coordinador de la cooperativa, lo cual se pagará con variable y será la base para los aportes como el 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 20 días calendario, el tiempo 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 este 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 dinero de la empresa contratante, debe constituir una póliza de MANEJO que ampare la cuantía falla del servicio en cuantía no inferior a 20 S.M.L.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 registrados para su pago dependiendo el monto, responderá cualquiera que las pérdidas y daños que ocasione a (o) medios de labor, como equipos, etc. Para lo cual se autoriza desde ya a "**COOPSERVICIOS CTA.**" para que descuente el valor de los valores de sus compensaciones sin practicar una autorización adicional a diferencia a Pen. ahorros debe cancelar los aportantes de seguridad industrial y la duración propia del proceso que desarrolla, como la identificación de "**COOPSERVICIOS CTA**". **NOVENA:** las partes acuerdan que no constituye compensación los pagos realizados por auxiliamiento, desplazamiento, viáticos y gastos de representación necesarios para desarrollar el proceso, que percibe el "**ASOCIADO TRABAJADOR**" por lo tanto no se tendrán en cuenta respecto de las liquidaciones que se hagan previstas y bases de contribuciones a los sistemas de seguridad social y cajas de compensación familiar. **DECIMA:** El asociado trabajador debe acatar si en el caso la rotación en los puestos de trabajo. **DECIMA PRIMERA:** El Trabajador asociado que voluntariamente renuncie a su fuente 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 le ha de reemplazar para no interrumpir el proceso contratado con el cliente y evitar que se hagan efectivas las polizas de cumplimiento en contra de la cooperativa. Una vez el "**TRABAJADOR ASOCIADO**" se retire o se suspenda el fuente de trabajo debe reportar que la Cooperativa procure ubicarlo en un fuente de trabajo. Una vez el "**ASOCIADO TRABAJADOR**" se retire o se suspenda el fuente de trabajo debe reportar que la Cooperativa procure ubicarlo en un fuente de trabajo. **PARAGRAFO:**

Carrera 13 No. 13-61 Of. 603 Edificio Davivienda
Tel. 8 80 13 13

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

dafira que ocasione a los medios de labor, que se le entregue para el desarrollo del proceso. Pero lo cual se autoriza desde ya a "COOPSERVICIOS CTA" para que descuente el valor de los mismos de sus correspondientes emolumentos sin perjuicio de cualquier otra acción. Investigación de los hechos, siendo dicho monto los elementos de seguridad industrial y la atención propia del proceso que desarrolla, como la manipulación 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 percibe el "TRABAJADOR ASOCIADO" por lo tanto no se tendrán en cuenta en ningún de los liquidaciones que se tengan previstas y bases de contribuciones a los sistemas de seguridad social y caja de compensación familiar. DECIMA: El TRABAJADOR ASOCIADO debe asistir y es el caso la relación en los puestos de trabajo en los diferentes centros que desarrolle procesos la Cooperativa. DECIMA PRIMERA: El Trabajador asociado que incurrido a no hacer de trabajo o no asistir oportunamente como asociado de la cooperativa debe informar con una anticipación de 3E días con el fin de ubicar el asociado que lo hay 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 1V de ____ de 201 E y terminará: A. Por vencimiento del término fijado en el contrato. B. Por terminación de la obra, labor contratada o servicio objeto del contrato. C. Por suspensión temporal de los trabajos por parte del cliente hasta por 30 días. D. Por decisión unilateral de la Cooperativa para mantener el puesto de trabajo. E. Por muerte del asociado y en general por las causales contempladas en el estatuto y los reglamentos. Hace parte integral de este acuerdo de trabajo asociado el Estatuto, Reglamento de trabajo asociado, Reglamento de compensaciones, Funciones del proceso los desarrollar Para constancia se firma y sella en Manizales.

Certifico que he recibido copia de los siguientes documentos:

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

FECHA FIRMA CONVENIO 1V de ____ de 201 E

JUAN CARLOS ARISTIZÁBAL BERNAL
C.C. 75.085.501 de Manizales
GERENTE COOPSERVICIOS

TRABAJADOR ASOCIADO
CC 26089392

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



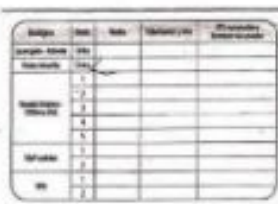
Conservala

La salud es de todos



Carnet de vacunación del adulto

Nombres: Marridys
Apellidos: Ramos Marquez
Documento de identidad: CC T.I. Número: 36489972
Fecha de nacimiento: día 29 mes 06 año 1986





Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Este carné no válido en Colombia
Para ingresar para retirar a zonas de riesgo

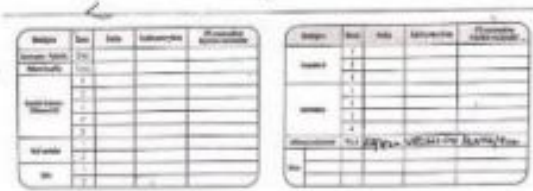
Conservalo

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombre: Mariela
Apellidos: Ramos Magnus

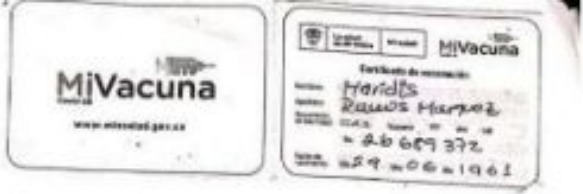


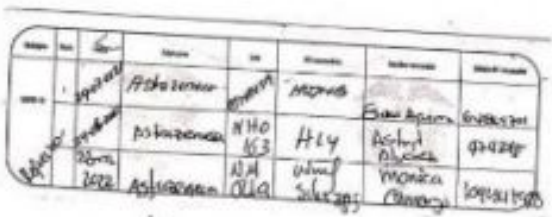
Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner





Scanned with CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
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

Powered by CamScanner

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

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 INTERES

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

De acuerdo con la Ley 2013 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil o con susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUALIDAD DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gerente, accionista, asociado, grupo social u organización con alguno o con todos los cuyo y solo puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual.

Si [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gerente, accionista, asociado, grupo social u organización con alguno o con todos los cuyo (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTROS INGRESOS

Tengo Rentas en Colombia o en el exterior: Si [ ] No [X]

Las Rentas en Colombia o en el exterior son:

Nombre del Rentas en el exterior	Cultivo	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Si [ ] 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

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Bogotá Junio / 7 de 2023

Salud Total

Señor(a) MARIDIS RAMOS MARQUEZ
CC. 26989372
CL 29K 21 A1 4 LOS LAURELES
SANTA MARTA

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

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

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Enero / 25 de 2018 y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

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

Cordialmente,

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

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SUB 7034
19 ENE 2021

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,

RESUELVE:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 ROLL LTDA	19860129	19861231	TIEMPO SERVICIO	337
AGROINDUSTRIAS ROLL LTDA	19870101	19871231	TIEMPO SERVICIO	365
AGROINDUSTRIAS ROLL 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

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 19/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo	
Maridis Ramos Mangs.												M	F X
Tipo de Documento							Número	Expedido 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	Familiar	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 Lourdes					SANTA MARTA			MAGD.	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
MaridisRamos@hotmail.ES.											3107201020				
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado X		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 A					SANTA MARTA	ALCAZARES		4365004
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales		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 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. La 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 Mangs.

5. FIRMA Y HUELLA

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

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner