HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC16F VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, **MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO**, Identificado con Cédula No. **36.725.907,** y Profesión **AUXILIAR DE ENFERMERIA** 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: María C. Requena M

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		X
4	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php	X	
5	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
6	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	X	
7	Propuesta de Servicios	X	
8	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		X
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		X
10	RUT - Registro Único Tributario	X	
11	Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II)	X	
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
13	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – MES actual).		X
14	Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		X
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)	X	
16	Tarjeta Profesional		X
17	RETHUS (Personal Asistencial en general)	X	
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		X
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).	X	
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	X	
21	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
24	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)	X	
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*.		X
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*)	X	
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.*		X
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*).		X
29	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
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)	X	
31	Soporte de experiencia laboral.	X	
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	X	
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)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	X	
36	Certificado SARLAF – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx	X	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.725.907

REQUENA MONTENEGRO
APELLIDOS

MARIA CRISTINA
NOMBRES

María C. Requena M.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1981
PIVIJAY
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-MAY-2000 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

R-2100100-51139051-F-0036725907-20060101 00364 05365A 02 175093380

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36725907**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36725907	REQUENA	MONTENEGRO	MARIA	CRISTINA	2022-03-06, 4:02 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	36725907	REQUENA	MONTENEGRO	MARIA	CRISTINA	2023-06-04, 4:14 pm

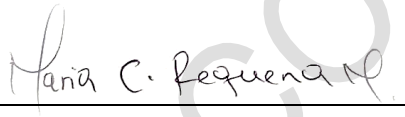
© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) **MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO** identificado con C.C. No. **36.725.907** expedida en **SANTA MARTA - MAGDALENA**, 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 09 del mes de Junio de 2023.

Firma 

Nombre **MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO**

Cédula **36.725.907**

COPIA CONTROLADA

(2) WhatsApp | Descargar archivo | iLovePDF | nombre completo nuevo gerente | Colfondos - Certificado de afiliac | ver

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=67D15BB9CE8ED5C311A77527D35A3949&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1Marketplac...

Colombia Compra Eficiente

aumentar el contraste | UTC -5 17:00:30 | MARIA CRISTINA RE...

Buscar | mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

editar

información del usuario



Género	Mujer
Carga	AUXILIAR DE ENFERMERIA
título	Sra.
Nombre	MARIA CRISTINA
Apellidos	REQUENA MONTENEGRO
Fecha de nacimiento	20/07/1981 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
numero de documento	36725907
direccion	CARRERA 51 24C - 17 TAYRONA
codigo postal	
Estrato	1
Ubicación	santamarta
pais	COLOMBIA
Correo electrónico	marycrequena@gmail.com
Telefono	3004283341
celulares	3004283341
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuracion regional	Español (Colombia)

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

seguridad de la informacion

ESP 5:00 p. m. 4/06/2023

Santa Marta, Magdalena

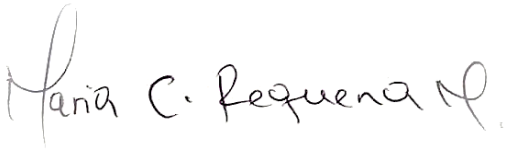
Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
Ciudad

REF.: PROPUESTA LABORAL

Yo: **MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO**; Identificada con C.C. N°: **36.725.907**, Por medio de la presente me permito presentar propuesta laboral, con el fin de que sea tenida en cuenta ofreciendo los servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la **E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche**.

Agradezco de antemano la atención prestada, espero que la presente propuesta sea de su total satisfacción.

Cordialmente,



MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO
C.C. 36.725.907

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14464743996

(415)7707212489984(8020) 000001446474399 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 6 7 2 5 9 0 7	8	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	36725907	2000,05,19

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
REQUENA	MONTENEGRO	MARIA	CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 51 24 C 17 BRR TAYRONITA

42. Correo electrónico: marycrequena@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 4 2 8 3 3 4 1	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros																						Exportadores					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																								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 2018 - 04 - 10

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 REQUENA MONTENEGRO MARIA CRISTINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
Requena	Montenegro	Maria Cristina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ( ) PAS ( ) No. 36725907

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 20 MES 07 AÑO 1981

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: PIVIJAY

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 51 - 24C 17 tayrona

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: MARYCREQUENA@GMAIL.COM

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2004
										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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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
ESPAÑOL			X			X			X

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 23 42					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD CEHOCA CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	12	*Año* 2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTIVIDADES SALUD	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					*DIRECCIÓN* CALLE 22 - 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAR CARIBE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	04	*Año* 2018	*Día*	02	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTIVIDADES SALUD	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					*DIRECCIÓN* CALLE 22					

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	0

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 CONLA 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, Magdalena.*

María C. Requena M.

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

Instituto de Capacitación Técnica del Caribe

I N C A T

Reconocido por el Ministerio de Educación Nacional según Reconocimiento Oficial N° 1294 del 18 de Diciembre de 1998 y 038 de agosto de 2002 emanado de la Secretaría de Desarrollo Educativo del Departamento del Magdalena

Confiere a:

Requena Montenegro María Cristina

Con documento de identidad N° 36725907 de Santa Marta (Magdalena)

El Título de:

Bachiller Académico

Con Profundización en Sistemas

Por haber culminado satisfactoriamente los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional según los planes y programas establecidos en la Ley 115, Ley 715 en los Decretos 1860 de /94 , 3011 de /97 y 230 de 2001

Rector.

Secretaria.

Jefe Núcleo Educativo N°. 016

Libro 01 Acta 11 Folio _____ Diploma _____ Año 2002

Dado en Fundación, a los 21 días del mes de Diciembre del 2002

Acta de Grado N°.11

En la ciudad de **Fundación Magdalena** a los 21 días del mes de **Diciembre** del año **2.002**, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de ultimo grado, los suscritos Rector y Secretaria del **INSTITUTO DE CAPACITACIÓN TÉCNICA DEL CARIBE "INCAT"**, Modalidad **ACADÉMICA**, institución aprobada hasta **NUEVA VISITA** en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de **BACHILLER** en la Modalidad **ACADÉMICA**, según resolución(es) Numero(s) **1294** del **18** de **Diciembre** de **1998** y 037 de 2002 emanadas de la Secretaria de Desarrollo Educativo del Departamento del Magdalena.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los Alumnos que Cursaron y Aprobaron los estudios correspondientes al **Nivel de Educación Media Vocacional**, se procede a otorgar el titulo de **BACHILLER ACADÉMICO CON PROFUNDIZACIÓN EN SISTEMAS,** al graduando cuyo número de orden, apellidos, nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

28. REQUENA MONTENEGRO MARIA CRISTINA

Doc. de Identidad 36.725.907 de Santa Marta (Magdalena)

Es fiel copia tomada del Acta Original No. 11 de fecha **21 de Diciembre del 2.002,** que consta de (32) alumno(s) graduado(s), y que comienza con el nombre de AMAYA PÉREZ IRIS ELIANA y cierra con el nombre de **ZAMORA LÓPEZ LEONITH ISABEL**

Firmado por **ARMANDO ENRIQUE GÓMEZ ZÁRATE** Rector, y **EDITH PAREDES SANTIAGO** Secretaria.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo acordado en el Artículo 7°. Del Decreto 180 de 1.981.

Dado en Fundación a los 21 días del mes de Diciembre del año 2.002

Firmado

El Rector
c.c. N° 19'585.514 Fundación

La Secretaria
c.c. N° 36'539.591 Santa Marta

Vo. Bo.

Jefe de Nucleo Educativo No. 016

DIPLOMA No.28- 11-2002

República de Colombia

Departamento del Magdalena
y en su nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena
"Cesmag Gabriel Ángulo"

Creado mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949, aprobado mediante
Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1968 modificada mediante
ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Teniendo en cuenta que

María Cristina Requena Montenegro

C.C. 36.725.907 de Santa Marta (Magd.)

Cursó y aprobó todos los estudios programados por el Centro y cumplió todas las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el certificado de:

Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería

En constancia lo anterior se firma y sella este Certificado en la Ciudad de Santa Marta a los 15 días del mes de Septiembre de 2004

Directorial Cesmag

Secretaria Cesmag

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No. 12-90 Santa Marta
Teléfono No. 4215776 FAX No. 4234520
NIT: No. 981-780-117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 146

En la ciudad de Santa Marta, a los dieciséis (16) días del mes de Julio del año 2004 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del curso del **AUXILIAR DE ENFERMERIA MODALIDAD SEMIPRESENCIAL**, la suscrita Directora y El Secretario Académico del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, Institución creada mediante Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1.949, aprobada en el Nivel Vocacional según resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, modificado mediante ordenanza No. 020 de diciembre 23 de 1.992 y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional, para otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA.** 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 TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA** al alumno cuyos nombres y apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación, **MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO,** identificada con la cédula de ciudadanía No. **36.725.907** expedida en Santa Marta.

La presente acta es fechada en Julio 16 de 2004 y consta de doce (12) alumnos que comienzan con los nombres y apellidos de **ALCIRA ROSA PERTUZ ROMO** y cierra con los nombres y apellidos de **SARA MARIA VALLE URIELES.**

Firmada y sellada por la Directora **KARELLY PATRICIA LARA VENCE**, y **WILMER VILLARREAL LOPEZ**, Secretario Académico.

Dada en Santa Marta, a los dieciséis (16) días del mes de Julio de 2004.

KARELLY PATRICIA LARA VENCE
Directora

WILMER VILLARREAL LOPEZ
Secretario Académico

"Liderazgo, Seguridad y Transparencia"

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
Calle 23 No.12-90 – Santa Marta
Teléfono 4215776 Fax 4234520
Nit.891.780.117-1

LA SUSCRITA AUXILIAR ADMINISTRATIVA DEL
CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA

CERTIFICA:

Que el certificado de Auxiliar de Enfermería con sello de DUPLICADO expedida el día 15 de septiembre de 2004, corresponde al Acta de certificación No. 146 de fecha 16 de julio de 2004 de la joven MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.725.907 de Santa Marta; corregido por contener un error en el primer apellido.

Para mayor constancia se firma en Santa Marta, a primer (01) día del mes de abril de 2005.

LAURA AGUDELO GARCÍA
Auxiliar Administrativa

República de Colombia
Dirección
Centro de Educación en
Salud del Magdalena

"Liderazgo, Seguridad y Transparencia"

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47- 1108

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

CONSIDERANDO:

Que, **REQUENA MONTENEGRO MARIA CRISTINA** identificada con cédula de ciudadanía N° 36.725.907 expedida en Santa Marta - Magdalena ha solicitado el registro de su TITULO de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, según Acta de Certificación No. 146 de 29 de Julio de 2004.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **REQUENA MONTENEGRO MARIA CRISTINA** para ejercer la profesión de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 01 MAY 2005

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

LIDERAZGO SEGURIDAD Y TRANSPARENCIA

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

8433

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-06-04→4:30:12 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36725907	MARIA	CRISTIN	REQUENA	MONTENEGRO	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) MARIA CRISTIN REQUENA MONTENEGRO identificado(a) con CC 36725907 registra La siguiente información:

2023-06-04→4:30:12 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	2005-05-11	1108	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).

CERTIFICADO
DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO

Con Cédula de Ciudadanía No. **36.725.907**

Asistió a la Actualización Teórico-Práctica en

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizada el día 1 de Diciembre de 2021 en Santa Marta (Magdalena), con una intensidad de 40 (cuarenta) horas.

Angélica Peña
Directora Administrativa

Fabián Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Verificación:

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

Certifica

María Cristina Requena Montenegro

c.c. 36725907 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS)
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2021-10-17
Fecha de vencimiento: 2023-10-17

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educati
Desarrollo Humano
Docente Especialista

CERTIFICADO
DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO

Con Cédula de Ciudadanía No. **36.725.907**

Asistió a la Actualización Teórico-Práctica en

DIPLOMADO ATENCION AL PACIENTE CRITICO (UCI NEONATAL)

Realizada el día 21 de Noviembre de 2021 en Santa Marta (Magdalena), con una intensidad de ciento veinte (120) horas.

Angélica Peña
Directora Administrativa

Fabián Gomez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"

CERTIFICADO
DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO

Con Cédula de Ciudadanía No. **36.725.907**

Asistió a la Actualización Teórico-Práctica en

AFRONTAMIENTO DE DUELO Y TERAPIA EMOCIONAL

Realizada el día 26 de Mayo de 2021 en Santa Marta (Magdalena), con una intensidad de 40 (cuarenta) horas.

Angélica Peña
Directora Administrativa

Fabián Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

María Cristina Requena Montenegro

CC 36725907 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2023-06-16
Fecha de vencimiento: 2025-06-16

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

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 03/12/2021

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: Maria Cristina Requena Montenegro
Responsable: El mismo paciente
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Edad: 40
Estado civil: Casado
Teléfono:
N° hijos: 2
EPS: EPS Sanitas

Empresa en misión:
Identificación: CC: 36725907
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 20/07/1981
Genero: Femenino
Escolaridad: Técnica
Dirección: Magdalena, Santa marta,
ARL:
AFP: Colfondos S.A.



Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

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

Recomendaciones especificas

CLINICA RENACER

Certifica que la Sra. ***MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO*** *identificada con la cédula No. 36'725.907 expedida en Santa Marta, prestó sus servicios profesionales como* ***Auxiliar de Enfermería****, desde el 01 de Junio del 2005 hasta el 30 de Diciembre del 2007, demostrando ser persona honesta y responsable en las labores que desempeñó.*

Se expide esta certificación a petición del interesado a los Dieciséis (16) días del mes de Abril del 2008.

Atentamente,

NIT. 819005225 - 4
DIAGNOSTICAR IPS

COORDINACION MEDICA
DR. JOSE MIRANDA
Coordinador Médico

Cra 19 No 11 A – 59 Piso 2
PBX 434 75 89 CEL : 300 748 48 36
Santa Marta - Colombia

CLINICA DE LA MUJER
APASIONADOS POR EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Santa Marta, 05 de Diciembre de 2012

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DE LA INSTITUCIÓN

HACE CONSTAR

Que **MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO**, identificada con la cédula de ciudadanía **Nº 36.725.907**, laboró en esta Institución desde **06 DE NOVIEMBRE DE 2009** hasta **30 DE NOVIEMBRE DE 2012**, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, cumpliendo cabalmente las funciones asignadas, demostrando ser una persona honesto, responsable y disciplinado.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

YESICA MARIA CARDENAS VARGAS
Jefe de Talento Humano
TEL: 4 20 40 89 Ext.: 232

CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.
NIT: 900520510-0

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

DE

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE
Nit 900.520.510-0

CERTIFICA QUE:

La señora **MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO** identificada con C.C 36.725.907 de Santa Marta, laboró en la clínica desde el 01 de agosto de 2018 hasta el 11 de julio de 2020, con un contrato a término indefinido, desempeñándose como **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los (13) trece días del mes de julio de 2020.

Cordialmente,

DIANA PATIN AVILA
Coordinadora de Talento Humano
Centro Hospitalario del Caribe

Centros Hospitalarios del Caribe
NIT 900.520.510-0
RECURSOS HUMANOS
SANTA MARTA

Elaboró: Daniela Campo
Auxiliar de Talento Humano

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Santa Marta

NOMBRE Maria Cristina Raquel Mallarino FECHA DE NACIMIENTO 20-07-81

DIRECCION _____ TELEFONO _____

REGIMEN: Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Vinculado ☐ Entidad _____

BIOLOGICO		VACUNA			CITA			NOMBRE VACUNADOR
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
BCG (Tuberculosis, Dosis Unica)	1							
POLIO	1							
	2							
	3							
	R1							
	R2							
DPT (Diftaria, Tetános y Tosferina)	1							
	2							
	3							
	R1							
	R2							
HEPATITIS B	1	29	01	03	29	02	03	
	2							
	3							
MENINGITIS (por Haemofilus Influenza)	1							
	2							
	3							
	R1							
T.D. (Toxoide Diferico y/o Tox. Tetánico)	1	29	01	02	29	02	03	
	2							
	R1							
	R2							
	R3							
TRIPLE VIRAL (Sarampión, Rubeola y Parotiditis)	1	30	01	03	~~29~~			
	2							
FIEBRE AMARILLA	1	30	01	03				

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	2023-06-04 16:47

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	CRISTINA	REQUENA	MONTENEGRO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36725907

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$980.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$980.000,00

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 36725907
NOMBRES Y APELLIDOS	Requena Montenegro,Maria Cristina
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Requena Montenegro,Maria Cristina, a los 04 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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO identificado(a) con C.C No. 36.725.907, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 04 de junio del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos																Sexo			
MARIA CRISTINA REQUENA MONTENEGRO																M		F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		P	36725907	SANTA MARTA - MAGDALENA	19 / MAYO / 2000

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	Urbana
X							X		2			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
20	07	1981	PIVIJAY	CRA 51 24C - 17	STA MTA	MAGDALENA

Correo Electronico	No. Celular	Teléfono
MARYCREQUENA@GMAIL.COM	3004283341	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	

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
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?		FISIOTERAPEUTA

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

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

3. INFORMACION FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 2.500.000			Total Egresos mensules: 2.000.000					
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año:	Es declarante?	SI	X	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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO

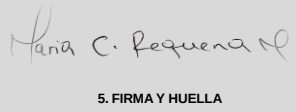
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: ACTIVIDAD LABORAL

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícit as las cuales relaciono a continuación: **ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA** 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 financier a 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, super visión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales . Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.





5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento