

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

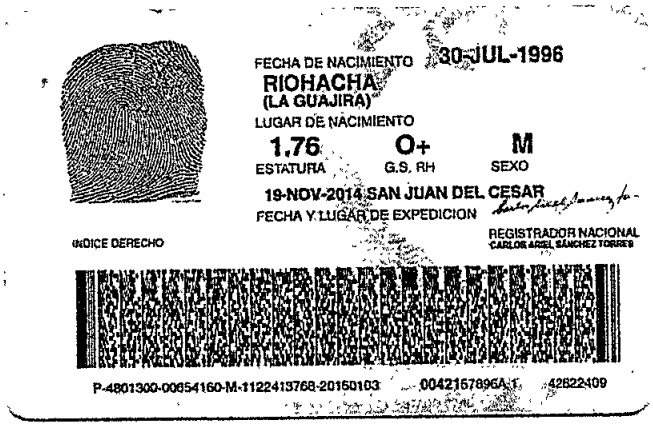
NUMERO 1.122.413.768

APELLIDOS
TORRES DIAZ

NOMBRES
BRAYAN DAVID

Brayan David Torres

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-JUL-1996
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,76 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

19-NOV-2014 SAN JUAN DEL CESAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4801300-00654160-M-1122413768-20150103 0042157896A 1 42822409

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO**	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,** _____, Identificado con Cédula No. _____ y Profesión _____ **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: Brayan Torres

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	**SI**	**N/A**
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	✓	
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
4	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/slij/proveedores/pnatural.php		
5	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
6	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)		
7	Propuesta de Servicios	✓	
8	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)	✓	
9	Licencia de Conducción, ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
10	RUT - Registro Único Tributario	✓	
11	Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II)	X	
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
13	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** – Abogado, Ingeniero, Psicólogo, Contador, Economista, Administrador de empresas, Arquitecto (**fecha vigente – MES actual**).		X
14	Convalidación de Titulo — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
15	Tarjeta Profesional		X
16	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	
17	Soporte de experiencia laboral.		
18	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**)		
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
21	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		X
22	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL Disponible en: https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx	✓	

ısulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

ngrese numero de identificación

Verificar Registro

buscado el número de identificación: **1122413768**

ltados encontrados:

No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1122413768	TORRES	DIAZ	BRAYAN	DAVID	2023-07-31, 11:57 am

No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1122413768	TORRES	DIAZ	BRAYAN	DAVID	2023-08-04, 5:36 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

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) **Brayan David Torres Diaz** identificado con C.C. **No. 1.122.413.768** expedida en **San juan del cesar La guajira** 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 ____ del mes de junio de 2023.

Firma: Brayan Torres
Nombre: Brayan David Torres Diaz
Cédula: 1.122.413.768

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	
Título	Sr.
Nombre	Brayan David
Apellidos	Torres Diaz
Fecha de Nacimiento	30/07/1996 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	Brayan David Torres Diaz
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1.122.413.768
Dirección	
Código postal	
Estrato	1
Ubicación	Riohacha
País	COLOMBIA
Correo electrónico	brayandtd15@gmail.com
Teléfono	
Celular	3003378571
Nivel Educativo	Algunos años de universidad

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	angel dario
SMS para recuperar la contraseña	3003378571

Editar

Santa Marta D.T.C.H 11 de agosto 2023

Señor.

GERMAN VARGAS MOSQUERA

GERENTE

Asunto: **PROPUESTA DE TRABAJO AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

Yo, **BRAYAN DAVID TORRES DIAZ,** Identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.122.413.768** de san juan del cesar, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prear mis servicios de **AUXILIAR ADMINISTRATIVO CALL CENTER DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BERRENECHE.** Con alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmando las metas y objetivos encomendados por la E.S.E **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BERRENECHE,** eso se traducirá en el cumplimiento de las áreas diarias.

Agradeciendo su amable colaboración

Atentamente,

Brayan David Torres Diaz

BRAYAN DAVID TORRES DIAZ

C:C 1.122.423.768 San Juan Del Cesar

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISTRITO MILITAR N°45

Riohacha, La Guajira 24 de julio de 2023

A Quien Le Interese

Riohacha, La Guajira

Asunto: Certificación Definición de Situación Militar.

De conformidad a lo solicitado por el ciudadano **BRAYAN DAVID TORRES DIAZ** Con Cedula De Ciudadanía N° **1.122.413.768** relacionado con el estado actual de su situación militar y si es beneficiario de la ley 1861 de 2017 *"Por la cual se reglamenta el servicio de Reclutamiento, Control de Reservas y la Movilización"*, con toda atención me permito informar lo siguiente:

Una vez verificados los datos del ciudadano en el Sistema de Información de Reclutamiento (FENIX), se encontró que inició su proceso de definición de la situación militar a través del Distrito Militar No 45 y fue clasificado al tenor de lo dispuesto en el artículo 25 de la ley 1861 de 2017 y su estado actual es **INSCRIPCIÓN REGISTRADO**
Ahora bien, teniendo en cuenta el estado de la situación militar del ciudadano y lo contemplado en la ley 1861 de 2017, se puede indicar que el señor, **BRAYAN DAVID TORRES DIAZ** es beneficiario de lo dispuesto en la mencionada. Ley.

Finalmente, el ciudadano cuenta con dieciocho (18) meses, a partir de la fecha de su vinculación laboral, para definir su situación militar, tal y como lo indica el artículo 42 de la ley 1861 de 2017.

Atentamente,

SS: CABANZO AMOROCHO RICAURTE
Suboficial Administrativa con funciones administrativas de Comandante Distrito Militar No 45

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14926899538

(415)7707212489984(8020) 000001492689953 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 2 4 1 3 7 6 8	4	Impuestos y Aduanas de Riohacha 2 5	

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	1122413768	2014,11,19

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	La Guajira 4 4	San Juan del Cesar 6 5 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	DIAZ	BRAYAN	DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Riohacha 0 0 1

41. Dirección principal: CR 12 A # 33 - 47

42. Correo electrónico: brayandtd15@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
9 5 1 1	2 0 2 3 0 7 0 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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2023 - 07 - 17 / 10 : 19: 06

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: TORRES DIAZ BRAYAN DAVID
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
TORRES	DIAZ	BRAYAN DAVID

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.122.413.768

SEXO: F ( ) M (X)

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 30 MES 07 AÑO 1996

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: LA GUAJIRA

MUNICIPIO: RIOHACHA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 12ª Nº 33-47 BRR LOS NOGALES

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: LA GUAJIRA

MUNICIPIO: RIOHACHA

TELÉFONO: 3003378571 EMAIL: Brayandtd15@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										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
										X

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2015

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10		X	INGENIERO DE SISTEMAS			NO APLICA

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 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 INCOM- PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia

Y en su nombre la

Institución Educativa

Manuel Antonio Dávila

San Juan del Cesar – (Guajira)

Conformada y Organizada mediante Decreto No. 244 del 5 de Noviembre del 2002,
Emanada de la Gobernación del Departamento de la Guajira

Confiere a:

BRAYAN DAVID TORRES DÍAZ

C.C No. 1.122.413.768 de san Juan del Cesar

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional P.E.I.

INSTITUCION EDUCATIVA MANUEL ANTONIO DAVILA
SAN JUAN DEL CESAR GUAJIRA

Rector

Secretaria

Anotado en el código interno del plantel en Libro No. 1 Folio No. 146 Diploma No. 47

Dado en San Juan del Cesar, a los 27 días del mes de Noviembre de 2015

Este Diploma no requiere de Registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Institución Educativa Manuel Antonio Dávila

CONFORMADA Y ORGANIZADA MEDIANTE DECRETO No. 244 DEL 5 DE NOVIEMBRE DE 2002
NIT. 92.115.277-4 DANE 144650000651
San Juan del Cesar, La Guajira, Calle 15 No. 17-107 Barrio Los Ángeles

ACTA DE GRADO

En la Ciudad de San Juan del Cesar, el día 27 de noviembre de 2015 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, el Rector y la Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa Manuel Antonio Dávila, aprobada en los Niveles de Educación Básica y Media Académica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, conformada y organizada mediante el Decreto No.244 del 5 de noviembre de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a los Niveles de Educación Básica y Media Académica se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

BRAYAN DAVID TORRES DIAZ C.C.No. 1.122.413.768 de san Juan del Cesar

Es fiel copia tomada del acta original No.109 de fecha 27 de noviembre de 2015 que consta de 50 alumnos graduados, que comienza con el nombre de MARIA ISABEL ALGUERO PIMIENTA y se cierra con el nombre de EDINSON CARLOS VEGA NUÑEZ.

Dado en San Juan del Cesar, el día 27 de noviembre de 2015.

Rector
C.C. No.5.163.810 de San Juan del Cesar

Secretaria
C.C. No.27.003.163 de San Juan del Cesar

GIULIANA C DAZA RODRIGUEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REGISTRO MEDICO 440235/2013
LICENCIA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 1730/2016

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad: SAN JUAN DEL CESAR
Fecha del certificado: 21/07/2023
Certificado para: Ingreso (X) Periódico ( ) Egreso ()
Entidad: PARTICULAR

1. Datos de identificación del aspirante:

Nombres: BRAYAN Apellidos: TORRES DIAZ
Cédula de ciudadanía N°: 1.122.413.768 DE SAN JUAN DEL CESAR
Sexo: Femenino ( ) Masculino (X) Edad: 26 años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: TECNICO DE SISTEMAS/ MANTENIMEINTO DE EQUIPOS DE COMPUTO

2. Concepto:

El servicio médico ocupacional con GIULIANA CRISTINA DAZA RODRIGUEZ, médico especialista en Seguridad y Salud en el trabajo, mediante el examen de aptitud con énfasis OSTEOMUSCULAR, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

APTO

3. Conducta Médico - Ocupacional:

Para el trabajador: seguir las recomendaciones del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo institucional.

Para el área de trabajo: Participar en las actividades del sistema de vigilancia epidemiológica biomecánico. Realizar análisis ergonómico del puesto de trabajo donde se establezcan los elementos de protección personal idóneos, posturas y EPP necesarios según el cargo que desempeña.

4. Exámenes médicos realizados

Ninguno

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

Ninguna

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Giuliana C Daza Rodríguez
Medico Esp. SST Lic. 1730/2016

Brayan Torres
FIRMA DEL TRABAJADOR

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	2023-08-04 17:28

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
BRAYAN	DAVID	TORRES	DIAZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1122413768

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	LA GUAJIRA	Municipio	RIOHACHA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	LA GUAJIRA	Municipio	RIOHACHA

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:

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

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

12. 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:

ASOCIACION DE CABILDOS
NIT: 824001398

DUSAKAWI EPSI

NO. DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN
	08 08 2023

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

1. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de Expediente: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [X] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] Código (a registrar por la EPS) [ ]

6. Apellidos y Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	Brayan	David	Torres	Diaz

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número de Documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
C.C	1122413768	Femenino [ ] Masculino [X]	30/07/1996

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
01	Tipo F N M Condición T P	B3 0.0	17

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
Positiva	Protección	0

18. Residencia

Dirección: Kra 38#14B-68 Teléfono Fijo: Teléfono Celular: 3003378571 Correo Electrónico: brayandtd15@gmail.com

Municipio/Distrito: Santa Marta Magdalena [X] Zona: Urbana [ ] Rural [X] Localidad/Comuna: SANTA MARTA / COMUNA 1 [ ] Departamento: Magdalena

19. Apellidos y Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número de Documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

24. Apellidos y Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de Documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
			Femenino Masculino	
B1				D D M M A D A A A A
B2				D M M A D D M A A A
B3				M M A D D M A A A A
B4				M A D D M M A A A A
B5				D M A A

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de Residencia	Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
			Urbana Rural			

40. Tipo Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [X] 5. Terminación de la inscripción de la EPS

  Código:
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Reporte de Fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del Expediente de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-Pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

41. Datos de identificación del usuario

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo Documento Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	*42. Fecha*
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

43. EPS Anterior	*44. Motivo Traslado*	*45. Caja de compensación familiar o pagador de pensiones*
	Código:	

- [ ] *46.* Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] *47.* Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] *48.* Declaración de exístencias de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] *49.* Declaración de no intemeción del cotizante, cabeza familia, beneficiarios o afiliados adicionales de institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que las EPS solicite y obtenga copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que las EPS reporten la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- [X] 52. Autorización para que las EPS maneje los datos personales del cotizante o de cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que las EPS envie información al correo electrónico o a celular como mensaje de texto

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario — *55. El empleador, aportante o entidad responsable de la adiliación colectiva, institucional o de oficio*

- [ ]
- [ ]
- [X] 56. Anexo copia del documento de identidad **CN RC TI CC PA CE CD SC**

Total

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridada competente
- [ ] 58. Copia del regsitro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o se n tencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión material
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivos
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio

66. Identificación Entidad Territorial		*67. Datos del SISBEN*			*68. Fecha de Radicación*	*69. Fecha de Validación*
Código Municipio	Código Departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel		

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRES DIAZ BRAYAN DAVID** identificado(a) con **CC** número **1.122.413.768** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de febrero de 2023 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de julio de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

2023072001335

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Brayan David Torre Diaz

Sexo			
M	x	F	

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP	1.122.413.768	san juan del cesar la guajira	19/11/2014

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
30	7	1996	Riohacha	carrera 12a N°33-47	Riohacha	La guajira

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
brayandtd15@gmail.com	3003378571	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

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
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?		

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

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 suministrad 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?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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. 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



Brayan Torres

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

