REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.689.372

RAMOS MARQUEZ

APELLIDOS

MARIDIS

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1961

ARACATACA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

AB+
G.S. RH

F
SEXO

14-DIC-1981 ARACATACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00156779-F-0026689372-20090518 0011559135A 1 24322653

Powered by CamScanner

	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Maridis Ramos Monroy, Identificado con Cédula No. 26659372. y Profesión Bcy 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 recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Maridis Ramos M.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: **https://sili.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: **https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/**		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**		
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**		
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**		
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual**).		
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).		
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Cúrso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	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*.		
25	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*)		
26	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*.		
27	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***).		
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	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**)		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en **https://carpetaciudadana.and.gov.co/** ***previo registro en el sitio web.***		
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://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013** (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: **https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/**		

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

El (la) suscrito(a) Maidys Ramos Monquez identificado con C.C./C.E./P.P No. 26689372 expedida en Barcelona, 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 septiembre de 2023.

Firma
Nombre Maidys Ramos Monquez
Cédula 26680372.

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

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	MARIDIS RAMOS MARQUEZ
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	MARIDISRAMOS@HOTMAIL.ES
Teléfono	
Celular	3107201020
Nivel Educativo	

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 su número de teléfono?
Respuesta	3107201020
SMS para recuperar la contraseña	3107201020

Editar

Santa Marta, septiembre 08 del 2023

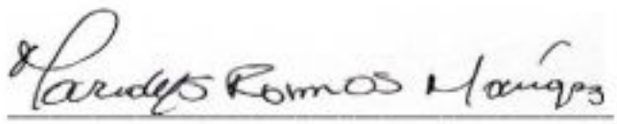
Doctor
German Gaviria Vargas
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14194748863

(415)7707212489984(8020) 000001419474886 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
2 6 6 8 9 3 7 2	7	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	2 6 6 8 9 3 7 2	1 9 8 1 1 2 1 4

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico: maridisramos@hotmail.es

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

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
8 6 9 2	2 0 1 2 0 6 1 5					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2012 - 12 - 18

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

COPIA 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
Ramos	Marquez	Maridis

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES 06 AÑO 1981

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO ARACATACA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 29 K 21 A 1 - 4 APARTAMENTO LOS LAURELES

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL maridisramos@hotmail.es

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	09	AÑO	2015

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X			02	1997	1955

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: 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: 03	Año: 2023				Día: 31	Mes: 05	Año: 2023			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA: CENTRAL ESTERILIZACION						DIRECCIÓN:					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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: 2023				Día: 28	Mes: 02	Año: 2023			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR AREA SALUD	DEPENDENCIA: CENTRAL ESTERILIZACION						DIRECCIÓN:					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4365007	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 01	Mes: 04	Año: 2021				Día: 30	Mes: 06	Año: 2021			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: CENTRAL DE ESTERILIZACION						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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: 2021				Día: 31	Mes: 03	Año: 2021			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: CENTRAL DE ESTERILIZACION						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 barrio alcazares					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 barrio alcazares					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 21 41					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 21 41					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE ESTERILIZACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 21 41					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	04	Mes:	01	Año: 2018	Día:	30	Mes:	06	Año:	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA:					DIRECCIÓN: camera 22 calle 14 esquina						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: COOPSERVICIOS			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	14	Mes:	05	Año: 2011	Día:	30	Mes:	05	Año:	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA:					DIRECCIÓN: CARRERA 23 26 61						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES - EN LIQUIDACION			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	06	Mes:	01	Año: 2011	Día:	30	Mes:	06	Año:	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA:					DIRECCIÓN: Sin dirección						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	2

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA MAGDALENA 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia y en su nombre:

El

Colegio Nacionalizado de Bachillerato Mixto

De Aracataca - (Magdalena)

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. [illegible]
del [illegible] de Noviembre de [illegible]

Confiere a:

Maridis Ramos Márquez

El Título de:

Bachiller Académico

Dado en [illegible] a los [illegible] días del mes de [illegible] de 1.96[illegible]

Rector

Secretario

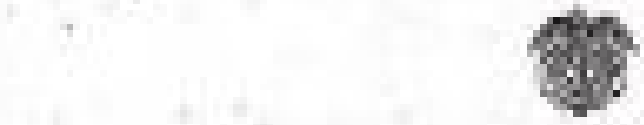
Inscrito el folio [illegible] del Libro de Registro No. [illegible]

Secretario de Educación



Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner



Escuela de Auxiliares de Enfermería "Gabriel Angulo"

Maridys Ramos Marquez

Promotora de Salud

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

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

CETECOS

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital según resolución
No. 1437 del 27 de Noviembre de 2006 y 1217 del 25 de Junio de 2007
Diarios expedidos por el Comité Ejecutivo Nacional para el
Reconocimiento de Nuevos Programas en Bogotá No. 38 y 40 de 2000

En Atención a que

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

Identificado (a) con C.C./T.I. 26.885.272 Expedida en MONTERIA (Mag.)

Ha completado todos los estudios y llenado los requisitos legales y reglamentarios exigidos en el plan de estudios de conformidad de formación para el trabajo y desarrollo humano, conforme a la norma reglamentaria por el decreto 114 de 1.996 artículo 12.

Otorga el Director Certificado de Aptitud Ocupacional con Conocimientos Satisfactorios para Ejercer en

AUXILIAR DE ENFERMERIA
Intensidad Horaria 1800 Horas

En testimonio de lo cual se firma y sella el presente certificado hoy en Santa Marta,
El Día 24 del mes de Agosto del año 20 07 Folio de Orden No. 0007

COPIA EXPEDIDA EL 13 DE AGOSTO DE 2008

Cristina Margarita Ramírez
Rectora

Jaime Gabriel López
Coordinador Académico

Yesenia González Cantillo
Coordinadora Programas

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

Acta de Grado

Colegio Nacionalizado de Bachillerato Mixto

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 14831 de Noviembre 14 de 1.991

En la ciudad de BUCARAMANGA a los 21 días del mes de Diciembre del año de mil novecientos noventa y cuatro (1994), en el local del COLEGIO NACIONALIZADO DE BACHILLERATO MIXTO jornada única, en el nivel de Educación Media Vocacional y aprobado por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, mediante Resolución No. 14831 de Noviembre 14, 1991

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

No.	NOMBRE	
77-	RAFAEL MAURICIO PINZON	

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 79.687.771 de Bogotá.

En fiel copia tomada del Acta original No. 094 de fecha Diciembre 21 /94 que consta de 01 alumno graduado, comienza con el nombre de Rafael Lucas Arias Castro, y se cierra con el nombre de URIBE BORRIS ELIZABETH MARIA.

Firmada y sellada por: L.C. JOSE MARIA PINZON C. (Rector) y Leonel Manjarrés T. (Secretario)

Dada en Bucaramanga a los 21 días del mes de Diciembre de 1.994

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 1o. del Decreto 1.490 de 1.990.

Firmada y Sellada

El Rector o Director

El Secretario

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

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

ACTA DE OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS No 2166

En la ciudad de santa marta, departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 3.00 PM del día 14 de Septiembre de 2002, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de aptitud ocupacional en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A : MARIDIS RAMOS MARQUEZ

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

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

Numero de horas 2400

Para constancia se firma la presente acta en el numero de copias que ordene el reglamento academico

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 8807

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a los 5:30 p.m. del día 24 de Agosto de 2002, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional y conocimientos académicos en técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ
C.C. 26.969.372 de Aracataca (Magdalena)

El aspirante mencionó 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 tesorería por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por las suscritas Directora, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 1800

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

DIRECTOR ACADEMICO
CARLOS GONZALEZ GUTIERREZ

DOCENTE-ASESOR ACADEMICO
JADID GARCIA LOPEZ

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud
Despacho

RESOLUCION No. 47 1955
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

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

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

RESUELVE:

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

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

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

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Helisett Rasto A.

1910

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Resultado General -2023-09-11→11:11:21 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	26689372	MARIDIS		RAMOS	MARQUEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIDIS RAMOS MARQUEZ identificado(a) con CC 26689372 registra La siguiente información:

2023-09-11→11:11:21 AM

Información Académica

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

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

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225638-2018

CERTIFICA QUE:

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

C.C. N° 26689372

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

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

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

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

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIDIS RAMOS MARQUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 26689372

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO.

con una duración de 48 horas

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

Firmado Digitalmente por

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

80137733 - 12/12/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9529002453978CC26689372C.

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

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

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 Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

Mirta 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

Powered by CamScanner

HAGO CONSTAR

Que la señora **MARIDIS RAMOS MARQUEZ** identificada con la cédula de ciudadanía No 26.669.372 de Aracataca, laboró en mi consultorio cargo de Enfermera desde el día 10 de febrero de 2009 hasta el día 11 abril de 2011; devengando un salario de $600.000 mensuales, demostrando ser una persona honesta, responsable, cumplidora con su cargo desempeñado.

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

Atentamente,

Dr. Julio Cesar Diazgranados
Universidad Libre - Medico General
Calle 9 No. 9 - 100 Cons
Cel: 3145723811

JULIO CARBONO DIAZGRANADOS
Médico General
Cel: 3145723811

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

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

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOPSERVICIOS CTA
NIT. 900.155.730-9

ACUERDO COOPERATIVO

Entre los suscritos a saber: **JUAN CARLOS ARISTIZÁBAL BERNAL**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Manizales, quien obra en nombre y representación **DE LA COOPERATIVA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COOPSERVICIOS CTA** Nit. 900.155.730-9, sociedad domiciliada en Manizales Caldas, constituida de acuerdo a los términos de la Ley 79 de 1988, y las normas Decreto 4588 del 27 de Diciembre de 2006, debidamente registrada ante la Cámara de Comercio de Manizales, con regímenes de trabajo asociado y de compensaciones, aprobados y registrados ante el ministerio de protección Social según resolución No. 175 del 22 de junio de 2007, quien para efectos de este contrato se llamará **"COOPSERVICIOS CTA"** por una parte y Maridis Ramos Horgus, también mayor de edad y vecino (a) del municipio de Santa Marta, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 26.689.332 de Ancontes quien para efectos de este contrato se llamará **"EL ASOCIADO TRABAJADOR"**, **quien presente la respectiva solicitud de de admisión, la cual fue aprobada según Acta del Consejo de Administración No. _____ y quien declara que se le dio a conocer el estatuto, reglamentos internos y regímenes especiales de los cuales se conserva una copia.** Hacemos constar por medio del presente documento que hemos celebrado el acuerdo cooperativo el cual se rige en lo general por las normas establecidas en la Ley 79 de 1988 y el Decreto 4588 de 2006 y estatutos de los regímenes especiales de la cooperativa aprobados por el ministerio de la protección social según resolución 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, sujetándose y acatando las regulaciones que establezcan los órganos de administración de **"COOPSERVICIOS CTA"**. **SEGUNDA: "COOPSERVICIOS CTA"** regulará los actos de trabajo del **"ASOCIADO TRABAJADOR"** mediante el estatuto, un régimen de trabajo asociado, compensaciones, que el asociado manifiesta conocer y aceptar y los cuales hacen parte integral del presente contrato. **TERCERA:** las partes manifiestan expresamente que de acuerdo al Decreto 4588 del 2006, este acuerdo cooperativo no está sujeto a la legislación laboral ordinaria. **CUARTA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** estará afiliado al sistema de seguridad social integral, en salud, pensión, riesgos profesionales y una caja de compensación familiar. **QUINTA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** autoriza a **"COOPSERVICIOS CTA"** a deducir de las compensaciones a pagar los descuentos autorizados por el asociado, los estatutarios, los reglamentarios y los expresamente señalados por la Ley. **SEXTA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** desarrollará el proceso de Gestor de Vida

Carrera 23 No 25-61 Of. 403 Edificio Don Pedro
Tel. 8 80 75 73

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

_____ y la compensación ordinaria tiene un valor al inicio del acuerdo de (5 _____ pesos) la cual puede ser fija o variable de acuerdo a la certificación del coordinador de la cooperativa, la cual se pagará mes vencido y será la base para las contribuciones al sistema de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y a la caja de compensación familiar y para el cálculo de las compensaciones semanal, compensación anual, de descanso y el reconocimiento de los intereses de la anual. **PARAGRAFO 2:** El trabajador asociado recibirá un adiestramiento para el desarrollo del cargo de acuerdo con los lineamientos de la cooperativa, el cual no superará los 30 días calendario, al término del cual se valorará por la cooperativa si cumple las competencias para el proceso que le ha sido asignado. En caso de no superar dicha valoración, se le dará por terminado el proceso de trabajo asignado, sin que esto afecte su vinculación como asociado. **SEPTIMA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** acepta y se compromete a cumplir las decisiones de los órganos de Administración y Vigilancia de **"COOPSERVICIOS CTA"** y contribuirá al desarrollo y prosperidad económica y social de todos los asociados y sus familias. **PARAGRAFO el asociado que en el desarrollo de su proceso maneje inventario de elementos bajo su responsabilidad o de dinero de la empresa contratante, debe constituir una póliza de MANEJO que ampare la eventual falla del servicio en cuantía no inferior a 20 SALMLLM. En caso de no tener la póliza constituida el asociado autoriza a la cooperativa para constituir dicha póliza y esta sea descontada mensualmente de la compensación. OCTAVA: "EL ASOCIADO TRABAJADOR"** debe responder por los valores reportados en la caja como faltantes de dinero en el momento del cuadre diario así como los faltantes de inventario, los cuales podrán ser negociados para su pago dependiendo el monto, responderá igualmente por las pérdidas y daños que ocasione a los medios de labor, como equipos, etc. Para lo cual se autoriza desde ya a "COOPSERVICIOS CTA" para que descuente el valor de los mismos de sus compensaciones sin precisar una autorización adicional o diferente a esta, además debe mantener los elementos de seguridad industrial y la dotación propia del proceso que desarrolla, como la identificación de **"COOPSERVICIOS CTA". NOVENA:** las partes acuerdan que no constituye compensación los pagos realizados por movilización, desplazamiento, viáticos y gastos de representación necesarios para desarrollar el proceso, que percibe el **"ASOCIADO TRABAJADOR"** por lo tanto no se tendrán en cuenta ninguna de las liquidaciones que se tengan previstas y base de contribuciones a los sistemas de seguridad social y caja de compensación familiar. **DECIMA:** El asociado trabajador debe acatar si es el caso la rotación en los puestos de trabajo. **DECIMA PRIMERA:** El Trabajador asociado que voluntariamente renuncie a su frente de trabajo o se quiera desvincular como asociado de la cooperativa debe informar con una anticipación de 30 días con el fin de ubicar el asociado que lo ha de reemplazar para no entorpecer el proceso contratado con el cliente y evitar que se hagan efectivas las pólizas de cumplimiento en contra de la cooperativa. Una vez el **"TRABAJADOR ASOCIADO"** se retire o se suspenda el frente de trabajo debe esperar que la Cooperativa procure ubicarlo en un frente de trabajo. Una vez el **"ASOCIADO TRABAJADOR"** se retire o se suspenda el frente de trabajo debe esperar que la Cooperativa procure ubicarlo en un frente de trabajo. **PARAGRAFO:**

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

daños que ocasione a los medios de labor, que se le entreguen para el desarrollo del proceso. Para lo cual se autoriza desde ya a **"COOPSERVICIOS CTA"** para que descuente el valor de los mismos de sus compensaciones sin perjuicio una autorización adicional o diferente a esta, previa investigación de los hechos, además debe mantener los elementos de seguridad industrial y la dotación propia del proceso que desarrolla, como la identificación de **"COOPSERVICIOS CTA"**. **NOVENA:** las partes acuerdan que no constituye compensación los pagos realizados por medios de transporte, desplazamiento, viáticos y gastos de representación necesarios para desarrollar el proceso, que percibe el **"TRABAJADOR ASOCIADO"** por lo tanto no se tendrán en cuenta en ninguna de las liquidaciones que se tengan previstas y tasen de contribuciones a los sistemas de seguridad social y cajas de compensación familiar. **DECIMA:** El TRABAJADOR ASOCIADO debe avisar si es el caso la ubicación en los puestos de trabajo en los diferentes centros que desarrolle procesos la Cooperativa. **DECIMA PRIMERA:** El Trabajador asociado que renuncie a su frente de trabajo o se quiera desvincular como asociado de la cooperativa debe informar con una anticipación de 30 días con el fin de ubicar el asociado que le ha de reemplazar para no entorpecer el proceso contratado con el cliente. Una vez el **"TRABAJADOR ASOCIADO"** se retire o se suspenda el frente de trabajo debe esperar que la Cooperativo procure ubicarlo en un frente de trabajo. **DECIMA SEGUNDA:** Este contrato rige a partir del 16 de mayo de 2021 y terminará: **A.** Por retiro voluntario de **"EL TRABAJADOR ASOCIADO". B.** Por exclusión según lo establecido en el estatuto y en el régimen de trabajo asociado. **C.** Por imposibilidad de la Cooperativa para mantener el puesto de trabajo. **D.** por muerte del asociado y en general por las causales contempladas en el estatuto y los reglamentos. Hace parte integral de este acuerdo de trabajo asociado el Estatuto, Régimen de trabajo asociado, Régimen de compensaciones, Funciones del proceso ha desarrollar Para constancia se firma y sella en Manizales.

Certifico que he recibido copia de los siguientes documentos:

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

FECHA FIRMA CONVENIO 16 **de** mayo **de 201**1

JUAN CARLOS ARISTIZÁBAL BERNAL
C.C. 75.085.301 de Manizales
GERENTE COOPSERVICIOS

TRABAJADOR ASOCIADO
CC 26689392

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATISTA:	[illegible]
CONTRATADA:	RAMOS RAMOS MARQUEZ
Nº IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:	26.685.372 DE ARIGUANI (MAGDALENA)
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR:	CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.500.000)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	TRES (3) MESES
SUPERVISOR:	DIRECTOR TECNICO DE QUIRURGICAS Y HOSPITARIOS

Entre los suscritos LUIS OSCAR GALVIS MATEUS mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía Nº 71.06[illegible]944 de Medellín (Antioquia), domiciliado y residenciado en la Ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, en calidad de Agente Especial Interventor y obrando en nombre y representación legal según resolución número 0003804 del 11 de mayo del 2009C de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"** con Nit. 891.780.189 - 2, creada mediante Decreto No 377 del 23 de Diciembre de 2008, debidamente facultado para celebrar de conformidad con el mandato de constitución de la entidad, quien en lo sucesivo y respecto de este contrato se denominará **EL HOSPITAL**, por una parte y por la otra **RAMOS RAMOS MARQUEZ** igualmente mayor de edad domiciliado y residente(s) en la ciudad de santa marta, departamento del magdalena, identificado con C.C Nº 26.685.372 expedida en ARIGUANI (MAGDALENA) quien en lo sucesivo respecto de este contrato se denominara el **CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con la privista en el manual de contratación de la entidad, lo cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA – OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. **SEGUNDA: CONSIDERACIONES PREVIAS E INDISPENSABLES:** Es entendido que por la suscripción del presente contrato de prestación de servicios, nacen entre las partes actividades de Coordinación para el desarrollo eficiente de la actividad contratada y que en tal virtud, se imponen unas cargas que buscan poner en práctica tales actividades, en pro del cumplimiento, en tal virtud: **1. EL CONTRATISTA** se obliga a: Obrar con la diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el gerente y/o el superior de la unidad. **2.** Realizar todas y cada una de las actividades recomendadas en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indican y con las consideraciones técnicas exigidas las cuales hacen parte INTEGRAL de la presente orden, cuyo contenido conoce la calidad el contratista. **3.** Garantizar que en la ejecución del servicio cumpla exitosamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha. **5.** Asistir a la E.S.E. la hora de vida con sus respectivos soportes, de documentos de identificación y los de más que le sean solicitados. **4.** Portar y usar sus EPI (Elementos de protección individual) para realizar el servicio contratado y atender las recomendaciones en materia de salud ocupacional y seguridad industrial que ofertan la E.S.E. **5.** Estar afiliado al **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S.S.)** (salud, pensión, ARL) respectivamente. **6.** El Contratista se compromete a cumplir la política de fomento, protección y apoyo de la Lactancia Materna, en concordancia con lo establecido en la estrategia Institución amiga de la Mujer y la Infancia IAMI Integral y Banco de Leche Humana. **7.** El señor contratista deberá dar los servicios prestados por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato. **8.** Asistir de manera obligatoria a todas las capacitaciones y jornadas académicas que programe el Hospital en Pro del mejoramiento continuo de los procesos y el sistema obligatoria de la garantía de la calidad. **9.** En caso de inasistencia a capacitaciones, jornadas académicas y temas programados, deberán recuperse en el término no mayor a tres días ante el supervisor del área con prueba escrita sumaria de la inasistencia que genera la inasistencia 10. Las demás que determine el Gerente, el supervisor y que se deriven de las necesidades de la ESE. **11.** El contratista manifiesta que conoce los estándares de acreditación en salud, aplicables al área en el cual prestara sus servicios: tales como Seguridad en el Paciente, Humanización, Gestión del Riesgo, Gestión de la Tecnología y el Mejoramiento de la Calidad, entre otros; los cuales se compromete al cumplimiento de los mismos. **12.** El contratista se compromete a responder por todos y cada una de los insumos, suministros, herramientas, cotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedaran a cargo del contratista, el mismo deberá responder con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío ajustificado, de acuerdo con el deber de solidaria y diligencia inmerso en el contrato **TERCERA :**

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

INFORMES: El Contratista deberá presentar los informes correspondientes a la ejecución del objeto contractual, en el cual especifique las actividades encomendadas o realizadas, identificando los periodos correspondientes los cuales deberán ser acreditados por el supervisor del presente Contrato, so pena, entregarlo el mismo día en medio físico o digital cuando no supervisen lo requiera. **CUANTIA:** VALOR: El valor de la presente orden es de: **CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4,500,000) DUDOSA FORMA DE PAGO**: El presente contrato se pagara en un (1) (1) cuotas por valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1,500,000), una vez el supervisor expida la certificación de cumplimiento del objeto contractual junto con la certificación de los aportes al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S), y los documentos que soporten la prestación del servicio. . **PARAGRAFO PRIMERO**: El presente valor estará supeditado a los bienes realmente ejecutados por el contratista, estos serán confirmados por el (los) respectivo(s) supervisor(es) designado(s) para la supervisión de la ejecución de actividades y/o la existencia de los mismos, además se podrán exigir los documentos y anexos de comprobación que la E.S.E. considere necesario, el pago/abono se realizará dentro del mes siguiente del valor facturado por el contratista. **PARAGRAFO SEGUNDO**: La autoridad, concesión y glosas en la prestación del servicio que corresponda, que sea consecuencia del incumplimiento en los temas establecidos en la propuesta, que hace parte del presente documento, sin justificación de ninguna especie, e incluso la justificación que el Supervisor del CONTRATISTA considere insuficiente, aunque sea la inexistencia cualquiera bastarán para ser aplicadas en la oportunidad de la prestación del servicio, así objeto de glosas en la orden que se genere, como si se trataren de una declaración devuelta, por estudios originados por la autoridad contratante. **PARAGRAFO TERCERO**: en caso en el que el desempeño profesional del contratista incurra en acciones o omisiones, las cuales generen glosas a las cuentas que presenta la E. S. E., por parte de las EPS, EPSS y Entes territoriales o que en su defecto, sean detectadas por la institución durante el proceso de facturación, que lo incida el cobro del servicio, el contratista responderá por el pago de las sumas que la institución no pudiere recibir por las mismas, y deberá tomar las medidas que considere pertinentes **DECIMA: DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**: El Contratista hace las siguientes manifestaciones: **1)**. Conoce y acepta los Documentos del Proceso y tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del hospital universitario Julio Méndez Barreneche respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. **2)**. Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato. **4)**. El Contratista al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. **5)**. Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral. **6)**. En los casos en que la Entidad Estatal contratante determine que el pago se hace de acuerdo con precios o erogaciones desglosados por componentes, debe detallar la que cada componente del Precio del Contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionados con el cumplimiento del objeto del presente contrato. **8)**. El Contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; cumplimiento con las exigencias del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAF, en la prevención del riesgo y cuyo objetivo es prevenir que se introduzcan al sistema financiero recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos y/o de la financiación del terrorismo; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de dicho contrato, no serán destinados a ninguna de las anteriores actividades descritas. **DECIMA: PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de duración del presente contrato será desde la legalización (suscripción del acta de inicio) de la presente contrato hasta el 30 de Septiembre del 2020. **DECIMA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** pagará el gasto que ocasione la presente contrato con la Disponibilidad Presupuestal Nº 2604 de Junio del 2020, expedido por el Área Financiera de la E.S.E. **NOVENA – SUPERVISIÓN**: La Supervisión de la presente contrata estará cargo de la UNIDAD FUNCIONAL DE CUIDADOS Y TECCNICOS, a el funcionario que la Gerencia de la E.S.E designe, quien deberá: 1). Controlar la prestación de los servicios y el cumplimiento de las obligaciones, incluidas el pago de los aportes de ley y establecidos en el presente contrato. 2) Suscribir las actas que se generen en virtud de la ejecución y desarrollo en el presente contrato. 3) Supervisar que el cumplimiento de las obligaciones contractuales en general. 4) Requerir al contratista por escrito durante la vigencia y vencimiento para garantizar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones generadas del mismo. 5) Rigilar la ejecución idónea del servicio y velar por que se ejecute dentro del término estipulado para ello. 6) Exigir al Contratista toda la documentación o información que requiera para el óptimo desarrollo en el presente contrato. 7) Las demás que tengan por objeto el cumplimiento en el presente contrato. **DECIMA: OBLIGACIONES DEL HOSPITAL**: 1). Hacer uso de la cláusula de imposición de multas, la cláusula de terminación y cualquier otro derecho consagrado a la Entidad Estatal contratante de manera legal o contractual. 2). Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal Contratante considere indicadas 3). Ejercer el respectivo control en el cumplimiento del objeto del contrato 4). Pagar el valor del contrato de acuerdo con los términos establecidos. 04. Prestar su colaboración para el cumplimiento de las obligaciones del Contratista. **DECIMA PRIMERA – DOCUMENTOS DEL CONTRATO**: Los siguientes documentos hacen parte integral en el presente contrato: 1) Disponibilidad y Registro Presupuestal. 2) solicitud con la necesidad de realizar en el presente contrato. 3) Los demás documentos que legalmente se requieran (folios) a de la

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

cédula de ciudadanía, antecedentes disciplinarios de Procuraduría y contraloría, antecedentes judiciales, Certificado antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas SIMEC de la Policía Nacional de Colombia, deportes académicos y laborales. **DÉCIMA SEGUNDA - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la suscripción del presente contrato, declara el CONTRATISTA que no se halla incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad previstas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993, y que si llegare a sobrevenirle alguna, acudirá conforme lo dispone el artículo 9 de la precitada ley. **DÉCIMA TERCERA - PROPIEDAD INTELECTUAL:** El fin de la ejecución del presente contrato resultan valiosos, investigaciones, descubrimientos, inventarios, inflamación, mejoras y/o diseños, frutos contenidos a la Entidad Estatal contratante de conformidad con lo establecido en el Artículo 28 de la Ley 23 de 1982 y demás normas concordantes. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados a la Entidad Estatal contratante por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual e industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. **DÉCIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD:** Además de las obligaciones que emanen de la naturaleza del contrato el contratista recibirá de la información confidencial estará obligado a LO MAS ENTE 1). MANTENER la información confidencial en ESTRICTA RESERVA y no revelar ningún dato de la información a ninguna otra parte, relacionada o no, sin el consentimiento previo escrito del divulgador. 2). EL CONTRATISTA, que se designe para la ejecución del presente CONTRATO, se ABSTENDRA de divulgar, publicar o comunicar a terceras información, documentos, planos o fotografías relacionados con las actividades de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche que conozcan por virtud de la ejecución del presente contrato o por cualquier otra causa. Para estos efectos, las partes convienen que toda la información que resultare se considera importante y confidencial y divulgarla o transmitirla puede lesionar los intereses de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche o su reputación. 3). EL CONTRATISTA, y/o sus cooperadores se abstendrán igualmente de utilizar cualquier información privilegiada de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche para cualquier fin diferente a la ejecución del presente contrato. De igual manera, la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche se abstendrá de divulgar o compartir con personas diferentes al personal de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche los documentos, programas, estrategias y metas de EL CONTRATISTA. 4). El contratista divulgara UNICAMENTE la información a las personas AUTORIZADAS para su recepción dentro del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, por lo tanto el contratista no divulgara, copiara, explotara o divulgara la información confidencial a ninguna persona o entidad por ningún medio sin previamente dar a lo dispuesto en este contrato salvo que sea expresamente autorizado para ello. **DÉCIMA QUINTA - PENAL PECUNIARIA:** EL CONTRATISTA se obliga a pagar a la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MELNDEZ BARRENECHE** hasta una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total en el presente contrato, a título de indemnización, por los perjuicios que ocasione en caso de incumplimiento de sus obligaciones contractuales. Este valor ingresará a la Tesorería del Hospital. EL CONTRATISTA autoriza a EL HOSPITAL para que dicho valor sea descontado directamente de pedido o su factura. **DÉCIMA SEXTA - RELACIÓN LABORAL:** La presente contrato no genera relación laboral alguna con el contratista, ni tampoco el pago de prestaciones sociales ni de ningún tipo en consecuencia diferente al valor aquí acordado. **DÉCIMA SÉPTIMA:** Verificado el plan de cargos de la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, se pudo constatar, que no existe personal suficiente que desarrolle las funciones que se señalan como actividades especificas dentro del presente contrato de Prestación de Servicios. **DÉCIMA OCTAVA - SUSPENSIÓN DEL CONTRATO:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobado, o mando del servicio público, se podrá de común acuerdo entre las partes, suspender temporalmente la ejecución del presente contrato mediante la suscripción de un acta en la cual conste tal evento, y/o que para los efectos del plazo estipulado se computa el tiempo de la suspensión. **DÉCIMA NOVENA - TERMINACIÓN:** el presente contrato de Prestación de Servicios se podrá dar por terminado: 1) Por mutuo acuerdo entre las partes, caso en el cual se procederá a liquidar el contrato de Prestación de Servicios de tal manera que queden expresamente determinados los servicios efectivamente prestados y el valor proporcional de los mismos. 2) Por incumplimiento de cuales quiera de las obligaciones e incumplimiento del objeto del contrato 3) El contratista deberá informar al Hospital con una antelación no menor a diez días hábiles, su voluntad de no continuar con el contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL HOSPITAL** Procederá la terminación unilateral en los siguientes casos sin que de lugar a indemnización por dicha causa: 1) cuando las exigencias del servicio público lo requieran o la situación de orden público lo imponga. 2) por muerte o incapacidad física permanente del contratista. 3) Por liquidación judicial. 4) Por incumplimiento manifiesto de las obligaciones contractuales con ocasión a la prestación de servicios de salud si con su conducta activa u omisiva evita o cree grave en la actuación contractual en los términos de la constitución y de la ley. **VIGESIMA - MECANISMO PARA LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:** las partes podrán dirimir las controversias que se susciten con ocasión a la ejecución contractual, agotando el siguiente proceso reglado: a) recurrir primero al arreglo directo, cuya etapa no podrá ser superior a cinco (5) días hábiles. **B)** si fracaso la etapa anterior, podrá recurrirse a la conciliación prejudicial o la transacción. **VIGESIMA PRIMERA - CLAUSULA CONVENCIONAL:** Las partes convienen que en el evento que surja alguna diferencia entre las mismas, por razón o con ocasión del presente contrato, será resuelta por un tribunal de arbitramento constituido en la cámara de comercio de Santa Marta siendo este el domicilio contractual, el cual decidirá en derecho, integrado por Un (1) árbitro designado conforme a la Ley. Las antedichas cláusulas

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

...ocurrieren se regirán por lo dispuesto en el Decreto 2170 de 1991, en la Ley 23 de 1991 y en las demás normas que modifiquen o adicionen la materia. **PARÁGRAFO UNICO:** La anterior cláusula se celebrará de conformidad al artículo 1602 del Código Civil, que dispone: "Los contratos son ley para las partes. Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por consentimiento mutuo o por causales legales". **NOVENA SEGUNDA. AFILIACIÓN Y APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:** El contratista acreditará su afiliación y aporte mensual al sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos profesionales mediante la presentación mensual de las correspondientes Planillas utilizando con el **DE** Empresa Base de Cotización en el presente contrato. **NOVENA TERCERA – CESIÓN DEL CONTRATO. EL CONTRATISTA** No podrá ceder su relación PERSONAL por la razón misma, salvo que la ejecución en el presente contrato de prestación de servicios a persona alguna natural o jurídica. **NOVENA CUARTA - RESPONSABILIDAD POR DAÑOS O PERJUICIOS:** EL CONTRATISTA autoriza al Hospital únicamente Julio Méndez Barreneche descontar de sus honorarios el resarcimiento total por los perjuicios económicos o materiales ocasionados comprobados al Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, ocasionados por su comisión o omisión relacionada con la ejecución de la presente ejercicio de Prestación de Servicios de los cuidados higiénicos a de que trata tal lugar de acuerdo a lo estipulado por el manual de contratación de la E.S.E. Las anterior perjuicio económico, del evento proceso, y derecho a la defensa. **NOVENA QUINTA - DE LOS CONTRATISTAS:** Los contratistas responderán civil, fiscal y penalmente por sus acciones y omisiones en la ejecución contractual en los términos de ley, previo agotamiento del debido proceso y del derecho a la defensa. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El contratista debe tomar las medidas necesarias para garantizar la custodia y preservación de los bienes del contratante bajo las más estrictas de manera, elementos de materiales, pérdida de manejo a que a que de responder como contratista por el daño o pérdida de los mismos, elementos deteriorados, se sea en reposición o el pago comercial del bien, o pérdida de información declarando que suministre o vinculen de las transcritas por parcial, suministrado aquí la entrega expresa o escrita por cada caso en particular. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El contratista asume directa y personalmente la responsabilidad civil de daños de una mala practica en el desarrollo del objeto contractual y expresamente exonera al **CONTRATANTE** por lo eventos en que el mismo, asuma o sea obligado, sufra según tipo de perjuicio extraño o cuando no se deban a un evento de fuerza mayor o caso fortuito, los cuales no acarrearán responsabilidad. **PARÁGRAFO TERCERO:** El contratista de prestación de servicios que tenga a su cargo documentos, información, bienes, recursos del hospital y servicios deberá asumir el acto respectivo con el supervisor del presente contrato. **NOVENA SEXTA - LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Será todos los efectos legales relacionados con el presente contrato, las partes acuerdan como municipio, la ciudad de Santa Marta, donde para constancia y de conformidad con su contenido la suscriben.

EL HOSPITAL

LUIS OMAR BALLES MATTOS
AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

EL CONTRATISTA

MANUEL RAMOS RODRIGUEZ
C.C. N° 26.980.372 DE URACA/NCA (MAGDALENA)

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

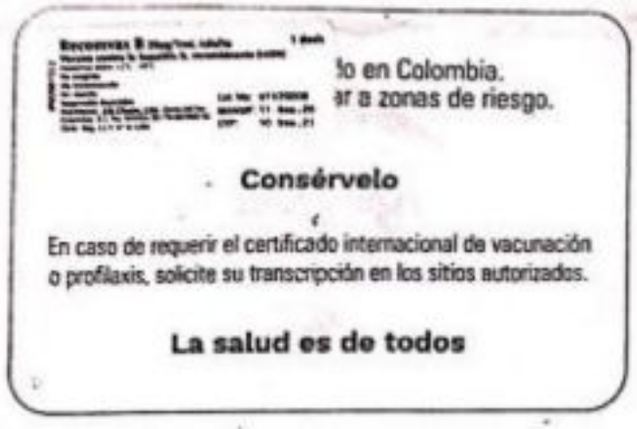
Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 26689372 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 11/09/2023 10:56 AM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



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

Consérvelo

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

La salud es de todos



La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maridys

Apellidos: Ramos Marquez

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

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 06 Año 1961

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	29/12/21	OFA20005	BELKYSM
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

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

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

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

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29/03/2021	Astrazeneca	ETMAV519	HUDMB	Erika Aguirre	64862701
Refuerzo	2	29/06/2021	Astrazeneca	NH0 163	HLY	Astrid Alvarez	47421[illegible]
		23 02 2022	Astrazeneca	NM 0219	Unid Salud IPS	Monica Camargo	1049611[illegible]

Scanned with 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

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Powered by CamScanner

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE 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

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

Scanned with 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

Bogotá, Septiembre / 11 de 2023

Señor (a): MARIDIS RAMOS MARQUEZ
CC. 26689372
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 2019, 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.

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	6,872,625.00
2012	IBC	5,670,000.00	5,670,000.00	7,725,737.00
2013	IBC	3,514,867.00	3,514,867.00	4,675,154.00
2015	IBC	3,220,000.00	3,220,000.00	4,053,102.00
2016	IBC	8,245,033.00	8,245,033.00	9,720,189.00
2017	IBC	8,856,000.00	8,856,000.00	9,872,780.00
2018	IBC	9,348,863.00	9,348,863.00	10,012,710.00
2019	IBC	9,937,392.00	9,937,392.00	10,315,013.00
2020	IBC	8,780,000.00	8,780,000.00	8,780,000.00

Indemnización = $12,051,075.00

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

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

En mérito de lo expuesto,

R E S U E L V E:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

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

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

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

CONSIDERANDO

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

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

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

Powered by CamScanner

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

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4P VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo	
Maridis Ramos Mangas.												M	F X
Tipo de Documento							Número		Expedida en			Fecha de Expedición	
C.C. X	C.E	T.I	R.C	PP								14-DIC-1981	
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X							X		1		X			X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
29	06	61			Calle 29 K cra 21A-4 Lourdes					SANTA MARTA			MAGD.	
Correo Electrónico										No. Celular			Telefono	
MaridisRamos@hotmail.ES.										3107201020				
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado		8	6	9	2	
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIIU				
										APOYO TERAPEUTICO				

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo
HUSMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual? AUX DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad		Barrio		No. Teléfono		
Cra 14 #23-42 Alcazares	SANTA MARTA		ALCAZARES		4365001		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?					SI		NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	

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

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? N/A

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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

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