En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA, Identificado con Cédula No. 36721366 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIAAUTORIZO 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: Grace del Rio M

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	X	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	X	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
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)	X	
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)	X	
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).	X	
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	X	
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	Curso 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.*	X	
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*).	X	
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)	X	
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.*	X	
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)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	

36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/	X	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.721.366**

DEL RIO MENDOZA

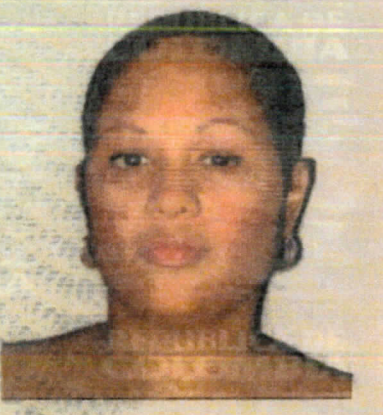
APELLIDOS

GRACE DEL CARMEN

NOMBRES

Grace del Rio Mendoza

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAR-1978**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

11-JUN-1996 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00067142-F-0036721366-20080907 **0003**105999A 1 4450000702

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **36721366**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36721366	DEL RÍO	MENDOZA	GRACIA	DEL CARMEN	03/09/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

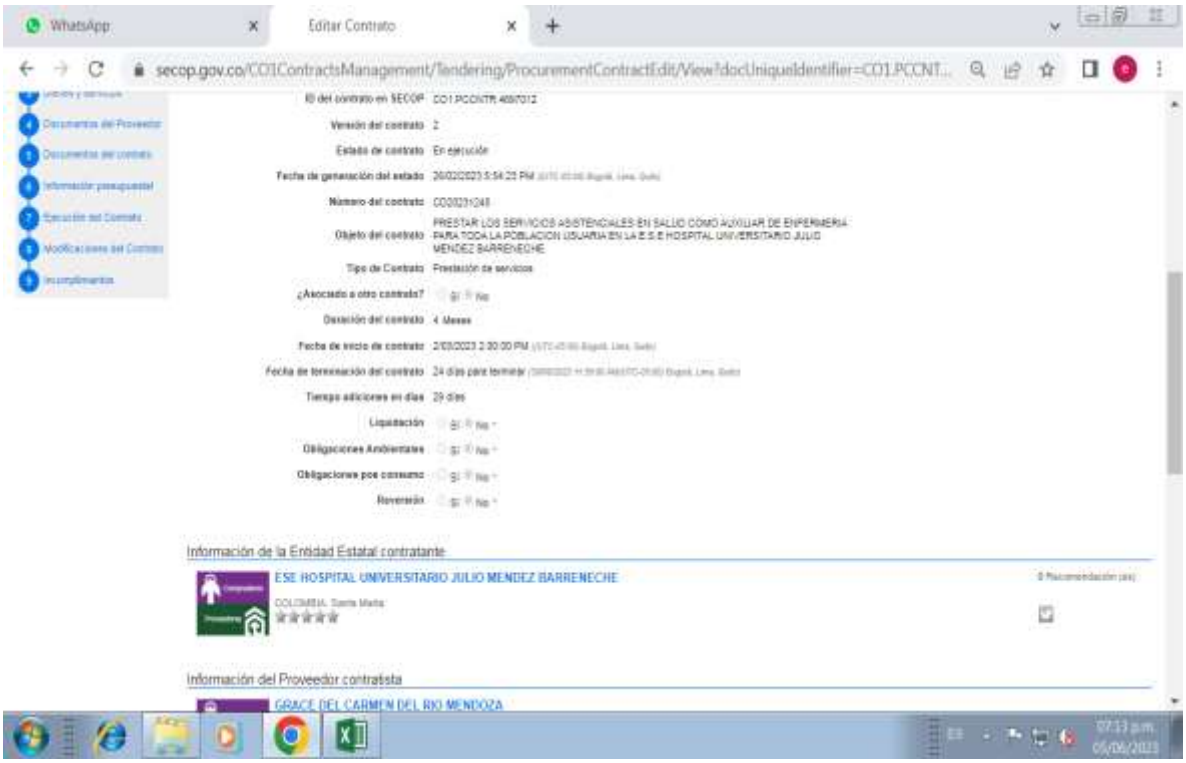
El (la) suscrito(a) GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA identificado con C.C./C.E./P.P No. 36721366 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta de
Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 10 del mes de septiembre de 2023.

Firma 
Nombre GREYS DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA
Cédula 36721366

COPIA CONTROLADA


WhatsApp
Editar Contrato
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.PCONT...
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
ID del contrato en SECOP CO1.PCONTR.4697012
Versión del contrato 2
Estado de contrato En ejecución
Fecha de generación del estado 28/02/2023 5:54:25 PM
Número del contrato CO3023148
Objeto del contrato 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
Tipo de Contrato Prestación de servicios
¿Anexado a otro contrato?
Duración del contrato 4 Meses
Fecha de inicio de contrato 2/03/2023 2:30:00 PM
Fecha de terminación del contrato 24 días para terminar
Tiempo adiciones en días 29 días
Liquidación
Obligaciones Ambientales
Obligaciones pos consumo
Reversión
Información de la Entidad Estatal contratante
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
COLOMBIA, Santa Marta
Información del Proveedor contratista
GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA
07:13 p.m.
05/06/2023

Santa Marta 2023

Dr.
GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

REF: PROPUESTA DE SERVICIOS

A solicitud de su respetada institución, le solicito a usted me permita Ingresar a Prestar mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA, del Hospital teniendo en Cuenta mis iniciativas y habilidades, siendo una persona con la preparación, Conciencia y responsabilidad destinada a cumplir una función humanística y social Cumpliendo a cabalidad las indicaciones y funciones asignadas por mis superiores, con completa adaptabilidad en ambientes de trabajos y en equipos.

Sin otro motivo en particular, me despido agradeciendo su atención prestada.

Atentamente,

Grace del carmen del Rio M

GRACE DEL RIO MENDOZA
CC. 36.721.366 de Santa Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14546554708

(415)7707212489984(8020) 000001454655470 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 7 2 1 3 6 6	5	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	3 6 7 2 1 3 6 6	1 9 9 6 0 6 1 1

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DEL RIO	MENDOZA	GRACE	DEL CARMEN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 7 A 25 60 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico: divagrace06@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 4 0 4 3 5 5 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 6 0 6 0 5						5 1 3 2	

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 2019 - 05 - 29

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

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*
Rio	Mendoza	Grace Del Carmen

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36721366 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES 03 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 7 A 25 60 Casa La Esperanza

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4319597 EMAIL divagrace06@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	09	AÑO	1998
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	3	X			06	2004	

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 VIGENTE

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3046564881	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE SERVICIOS ASISTENCIALES	AREA ENFERMERIA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4365007	*Día*	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	CENTRAL DE ESTERILIZACION	CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4365007	*Día*	01	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	CENTRAL DE ESTERILIZACION	CARRERA 14 23 42 barrio alcazeres

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4365007	*Día*	01	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA		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 SERVIEFECTIVOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	04	*Año* 2010	*Día*	25	*Mes*	11	*Año*	2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CIRUGIA					*DIRECCIÓN* Cll23 kra 13						

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*							

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	1	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	8

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO _X_ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA 2023

GRACE DEL RIO

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

Externado Nacional de Bachillerato
HUGO J. BERMUDEZ

De Santa Marta -- Magdaléna
Aprobado por Resolución No. 15107 de 9 de Octubre de 1984
Emanada del Ministerio de Educación Nacional
APROBADOPOR RESOLUCION No. 579 DEL 26 DE OCTUBRE DE 1998
EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DISTRITAL.

CONFIERE A:

GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA

Identificado con CC No. 36 721 366 de STA MTA

El Título de

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes

Ministerio de Educación Nal.
Externado Nacional
Hugo J. Bermúdez
RECTOR
Santa Marta Magd.

SECRETARIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

Libro 01 Folio 08 Acta 033 Año 1998

Dado en Santa Marta a 12 de septiembre de 1998

Acta de Grado

26

En la ciudad de SANTA MARTA a los Doce (12) días del mes de Septiembre de 1998 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del **EXTERNADO NACIONAL HUGO J. BERMUDEZ**. Institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad de ACADEMICO según Resolución 579 del Veintiseis (26) de Octubre de 1998.

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

GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA C.C. No. 36.721.366 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 038 de fecha 12 de Septiembre de 1998 que consta de 115 alumnos que comienzan con el nombre de NILSON ENRIQUE ACOSTA CARRILLO y se cierra con el nombre de ELISETH ZAPATA PEREZ. Firmado y sellado por RUTH MARIA BOLAÑO GUERRERO (Rector) y MARITZA ESTHER MOZO JIMENEZ (Secretario).

Dada en Santa Marta a los Doce (12) días del mes de Septiembre de 1998.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Firmado y Sellado

El Rector o Director

CC No. 39.026.328 de Ciénaga

SECRETARIA

El Secretario

CC No. 36.531.990 de Santa Marta

Diploma No._____

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

y en su nombre

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

Creado mediante decreto no. 816 del 13 de diciembre de 1949, Aprobado mediante reslolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1968
Modificada mediante ordenanza No. 020 del 23 de diciembre de 1992
Teniendo en cuenta que:

Grace del Carmen Del Rio Mendoza

C. C. No. 36.721.356 Expedida en Santa Marta D. T.

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

Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería

En constancia de lo anterior se firma y sella este certificado en la ciudad de Santa Marta a los (4) dias del mes Junio de 2004

República de Colombia
Dirección
Centro de Educación en Salud del Magdalena

Director (a) Cesmag

C. E. S. M. A. G.
CENTRO DE EDUCACION EN SALUD
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

Secretario(a) Cesmag

ACTA DE CERTIFICACION No. 1422

En la ciudad de Santa Marta (Magdalena), a los cuatro (04) días del mes de Junio del año 2.004, se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del curso de AUXILIAR DE ENFERMERIA el suscrito Director y la Secretaria Académico del CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ARANGO" Institución creada mediante Decreto No. 816 de diciembre 15 de 1.980, institución aprobada en el Nivel Vocacional según resolución No. 2122 de agosto 8 de 1.984, reformada mediante ordenanzas No. 020 de diciembre 23 de 1.992 y No. 002 de Junio 7 de 2.000. Autorizada por el Ministerio de Salud Nacional, para otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA. El alumno cuyos nombres y apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación: "GRACIELA DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA" identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.752.396 expedida en Santa Marta - Magdalena.

La presente acta es firmada a los cuatro (04) del mes de Junio del año 2.004, comienzan con los nombres y apellidos de ADELA IBON OSORIO MARTINEZ y cierra con los nombres y apellidos de YULIETH ADRIANA BLANCO LESMES.

Firmada y sellada por el Liquidador General de las Entidades Descentralizadas del Departamento del Magdalena JORGE LUIS AGUDELO APREZA y XIOMARA ACEVEDO MEJIA Secretaria General.

Es fiel copia de su original, firmada por el liquidador de las Entidades Descentralizadas del Departamento del Magdalena y se expide en Santa Marta a los diez (10) días del mes de Octubre de 2.006, a petición de la parte interesada.

FIRMADO Y SELLADO

JORGE LUIS AGUDELO APREZA
Liquidador de las Entidades Descentralizadas
del Departamento del Magdalena

XIOMARA ACEVEDO MEJIA
Secretaria General

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 1914

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 36.721.366 expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TECNICO otorgado por **EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO**, Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificacion No. 142 del día 04 de Junio de 2004.

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 **GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 36.721.366, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo 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 14 DIC 2011

STEVENSON MARULANDA PLATA
Secretario Seccional de Salud de Magdalena

Proyectado por: Germán Navarro C. – Administrador de Empresas

Revisó: María Luisa Pérez N. – Bacterióloga Especializada

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

11787

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar Registrarse Ayuda

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.



Cambiar

2500

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-05-17→9:16:41 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36721366	GRACE	DEL CARMEN	DEL RIO	MENDOZA	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) GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA identificado(a) con CC 36721366 registra La siguiente información:

2023-05-17→9:16:41 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2011-12-14	1914	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225407-2018

CERTIFICA QUE:

GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA

C.C. N° 36721366

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

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

GRACE CEL CARMEN DEL RIO MENDOZA

Con Cedula de Ciudadania No. 36721366

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los ocho (8) dias del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

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

79474190 - 08/11/2021
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 9529002430254CC36721366C.

SENA

REGIONAL MAGDALENA

EL CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

CERTIFICA

Que GRACE CEL CARMEN DEL RIO MENDOZA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 36721366 de Santa Marta, realizó y aprobó el curso de SOPORTE VITAL BASICO con una intensidad horaria de Veinte (20) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Santa Marta. a los ocho (8) dias del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

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

SENA: Una Organización con Conocimiento

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 952900243025 4CC36721366E

11:52 81 %

DIPLOMA GENFUTCOL GRACE D...

PDF - 225 KB

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.721.366

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

GESTIÓN DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 13-06-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 13-06-2024

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

11:52 81 %

DIPLOMA GENFUTCOL GRACE D...

PDF - 226 KB

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CERTIFICA QUE:

GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.721.366

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: 13-06-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 13-06-2024

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

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL
U. METROPOLITANA - U. SIMÓN BOLÍVAR
LIC. S. O. 1030 SSM

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA
TELEMEDICINA

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 12/01/2022 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA
CC: 36.721.366 Sexo: F Edad: 43 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: o EXTREMAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ANTE LA PANDEMIA COVID-19 o USO DE EPP o HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE o PAUSAS ACTIVAS

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes

No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)

Paciente evaluado por teleconsulta decreto 358 del 2020 – telemedicina resolucion 2654 de 2019 articulo 2 de la ley 14 19 de 2010

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM:0556 S.S.M - LIC 11030
UNIMETRO - UNIMONTE

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

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 36721366 **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 14/09/2023 06:31 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **36.721.366** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **219** de fecha 08 de noviembre de 2011, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de noviembre al 31 de diciembre de 2011, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS DOS PESOS ($2.457.602).
2. No. **207** de fecha 11 de enero de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 11 de enero al 10 de Julio de 2012, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
3. No. **844** de fecha 28 de agosto de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 28 de agosto al 31 de octubre de 2012, por un valor de CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS ($4.140.000).
4. No. **1096** de fecha 08 de noviembre de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 08 de noviembre al 31 de diciembre de 2012, por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS ($2.760.000).
5. No. **346** de fecha 01 de marzo de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de marzo al 30 de junio de 2013, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
6. No. **858** de fecha 12 de septiembre de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de septiembre al 31 de diciembre de 2013, por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($4.600.000).
7. No. **429** de fecha 24 de enero de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 30 de enero al 30 de junio de 2014, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000).
8. No. **891** de fecha 16 de Julio de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 16 de Julio al 31 de agosto de 2014, por un valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($2.300.000).
9. No. **1097** de fecha 09 de septiembre de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de septiembre al 31 de diciembre de 2014, por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($4.600.000).
10. No. **237** de fecha 07 de enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de enero al 31 de marzo de 2015, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3.450.000).
11. No. **747** de fecha 31 de marzo de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2015, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

12. No. **1708** de fecha 01 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de octubre de 2015, por un valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS ($4.800.000).
13. No. **2414** de fecha 06 de noviembre de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de noviembre al 31 de diciembre de 2015, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
14. No. **211**de fecha 05 de enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 al 31 de enero de 2016, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
15. No. **685** de fecha 02 de febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de febrero al 31 de marzo de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
16. No. **1438** de fecha 01 de abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2016, por un valor de TRES MILLONES SESICIENTOS SESENTA MIL PESOS ($3.360.000).
17. No. **2514** de fecha 01 de julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de agosto de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
18. No. **3033** de fecha 01 de septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de septiembre al 31 de octubre de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
19. No. **4018** de fecha 02 de noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de noviembre al 31 de diciembre de 2016, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
20. No. **384** de fecha 03 de enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de enero al 30 de junio de 2017, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
21. No. **1331** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Julio al 31 de Julio de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
22. No. **1606** de fecha 01 de agosto de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de agosto de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
23. No. **2134** de fecha 04 de septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de septiembre al 31 de septiembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
24. No. **2774** de fecha 05 de octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de octubre al 30 de noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000).
25. **ADICION Y PRORROGA** No. 001 de la orden de prestación de servicio No. **2774** de fecha 29 de noviembre de 2017 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de al 31 de diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000).
26. No. **111** de fecha 04 de enero de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de enero al 30 de junio de 2018, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
27. No. **1412** de fecha 03 de Julio de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Julio al 30 de septiembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
28. No. **2217** de fecha 01 de octubre de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de DICIEMBRE de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
29. No. **765** de fecha 02 de enero de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de enero al 30 de junio de 2019, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS ($7.632.000).

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

30. No. **1752** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de octubre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
31. No. **2042** de fecha 01 de noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de noviembre al 31 de diciembre de 2019, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).
32. No. **755** de fecha 02 de enero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de enero al 30 de abril 2020, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($5.088.000).
33. No. **1119** de fecha 01 de mayo de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de mayo al 30 de junio 2020, por un valor de DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.544.000).
34. No. **1857** de fecha 01 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de septiembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
35. No. **2787** de fecha 01 de octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre 2020, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
36. No. **360** de fecha 01 de enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
37. No. **1395** de fecha 01 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).
38. No. **2330** de fecha 01 de Julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de septiembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($4.500.000).

VIGILADO Supersalud

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.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los nueve (09) días del mes de agosto de 2021.

ANA MARIA CORDOBA LEAL
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

ServiEfectivos
C. T. A.

Nit. 900 - 076339-5

12

COOPERATIVA
DE SERVICIOS
EFECTIVOS

CERTIFICAMOS

Que la señora, GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA, identificada con cédula de ciudadanía No. 36.721.366,estuvo asociada a SERVIEFECTIVOS CTA. desde el 03 de Mayo del 2010 hasta el 25 de Noviembre del 2010, desarrollando el proceso de AUXILIAR DE ENFERMERIA en la Unidad Estratégica de Negocio HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS, manifestando siempre profesionalismo, responsabilidad y compromiso.

Se expide el siguiente certificado a petición del interesado(a) a los veinte (20) días del mes de septiembre del 2010.

Atentamente,

DRAHENITH PEREZ
Asistente Administrativo

Via 40 No.69-138 Segundo Piso
PBX:3602525-3689340-3690644 Cel:3187123493
E-mail: serviefectivos_colombia@yahoo.com
Barranquilla - Colombia

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	20/12/14	P 3480	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	3/06/07	C-040410	
	2	4/06/08	C040703	
	3	15/12/14	EP 404 802 C	
	4	20/11/20	23388	
	5			
Contra Hepatitis B	1	07/06/08	405003	
	2	08/06/08	035403	
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	20/12/14	012402		
Contra Influenza	1	2215015173		
Otras	Tetanelle	18/02/18	011165	

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 transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Grace Del Carmen			
Apellidos:	Del Rio Hendez			
Documento de identidad:	C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐	No. 36721366		
Fecha de nacimiento:	Día 30	Mes 03	Año 1978	

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	2023-02-13 16:24

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GRACE	DEL CARMEN	DEL RIO	MENDOZA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36721366

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	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	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$18.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$18.000.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36721366
NOMBRES Y APELLIDOS	Del Rio Mendoza,Grace Del Carmen
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Del Rio Mendoza,Grace Del Carmen, a los 21 días del mes de septiembre del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DEL RIO MENDOZA GRACE DEL CARMEN** identificado(a) con **CC** número **36.721.366** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de enero de 2008 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 14 de septiembre de 2023.

Cordialmente,



***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

2023091418131

HJMB 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	1

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
Grace Del Carmen Del Río Mendoza	M: F: ✓

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. ✓ C.E: T.I: R.C: PP:	36721366	Santa Marta	11/06/1996

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
			✓				✓		2		✓			✓

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
30 03 1978	Santa Marta	Cra 19A # 23-06 Los Naranjos	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Divagrace06@hotmail.com.	3023984171	

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	✓	Hogar		Jubilado		8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxiliar de Enfermería	Apoyo terapeutico.

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo
Hosp. Univ. Julio Mendez B	Publica ✓	Privada	Mixta	Otra, cual?			Aux. Enfermería

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra 14 # 23-42	Santa Marta	Alcazares	

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1500.000	Total Egresos mensules	1500.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	1800.000	Total Pasivos	1500.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes Dic Año 2022	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? NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO

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

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

Grace del Río M.



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