E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

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 Julieth Paola Fontalvo Montero, Identificado con Cédula No. 1082962833 y Profesión enfermera 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: _____

	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://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestioninstitucional/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	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.*		
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/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.082.962.833**
FONTALVO MONTERO

APELLIDOS
JULIETH PAOLA

NOMBRES

Julieth Fontalvo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1992**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

10-FEB-2011 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00291093-F-1082962833-20110411 0026636188A 1 35895674



Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese número de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082962833**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082962833	FONTALVO	MONTERO	JULIETH	PAOLA	2023-12-12, 8:21 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS

CODIGO: GJC18F
VERSION: 02
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023
PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) Julieth Paola Fontalvo Montero identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082962833 Expedida en Santa Marta - Mag., 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 12 del mes de diciembre de 2023.

Firma
Nombre Julieth Paola Fontalvo Montero
Cédula 1082962833

COPIA CONTROLADA

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



género	Mujer
Carga	ENFERMERA
Título	Sra.
nombre	JULIETA PAOLA
Apellidos	FONTALVO MONTERO
Fecha de nacimiento	07/03/1992 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
nombre y apellido	JULIETA PAOLA FONTALVO MONTERO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1082962833
Dirección	Mz5 casa 4 minutos de Dios
codigo postal	470002
estrato	2
Ubicación	santa marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	julipfontalvo@gmail.com
Teléfono	No
celular	3217561650
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
respuesta	jaredzitha
SMS para recuperar la contraseña	3217561650

Editar

PROPUESTA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA, PARA COMPLEMENTAR Y FORTALECER LA ATENCION INTEGRAL, TANTO AL CLIENTE EXTERNO COMO EL INTERNO A TRAVEZ DE SERVICIOS COMO ENFERMERA EN DIFERENTES AREAS DENTRO DE LA INSTITUCION

1. **OBJETIVO GENERAL**

Prestar servicios de enfermería en las diferentes áreas y apoyo a la gestión de la institución con la mira en la satisfacción del cliente interno como externo y sentir la labor cumplida a cabalidad.

2. **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Enfocar todos los esfuerzos necesarios para lograr un óptimo servicio en el área. Sea completamente satisfactoria tanto al cliente externo como interno.
- Participar en la gestión de mejorar la calidad de los servicios prestados y ser mejor profesional cada día.
- Mejorar la organización de la red de servicios en la puntual asistencia de la realización o atención de pacientes en la institución.
- Mejorar las habilidades del personal para atender integralmente a la población por medio de pautas adaptadas en el manejo administrativo y asistencial del paciente.
- Mejorar las condiciones y herramientas de trabajo para lograr más eficiencia y eficacia en la prestación del servicio.
- Promover cambios frente a determinados hábitos de higiene y aptitud frente a los compañeros o clientes internos como externos de la institución.

3. **PROCESOS.**

- Correcto manejo y protección dentro de los servicios a realizar para evitar posibles complicaciones.
- Satisfacción en el manejo de pacientes o clientes externos de la institución.
- Implementación de los nuevos programas y útiles en la mejora de la prestación del servicio de enfermería.
- La comunicación interpersonal con los diferentes clientes de la institución

4. **INTRODUCCION.**

SITUACION DE LA ATENCION CON EL SERVICIO DE ENFERMERIA.

La educación y la solicitud del servicio dentro de la institución debería apoyarse más en el suministro de nuevos implementos de manejo de pacientes para mejorar la calidad de la prestación del servicio.

El principal reto que debemos afrontar en la institución es el de garantizar la seguridad en el manejo de pacientes a las diferentes áreas al momento de presentarse la necesidad sin ninguna restricción o riesgo.

5. JUSTIFICACION.

El objetivo principal de la propuesta es lograr el aumento y la mejora en la calidad de la prestación del servicio, logrando una mayor cobertura y accesibilidad de las diferentes áreas en la institución desde el punto de vista de enfermería.

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO
CC.1082962833
ENFERMERA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14891984641

(415)7707212489984(8020) 000001489198464 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 6 2 8 3 3	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	1 0 8 2 9 6 2 8 3 3	2 0 1 1 0 2 1 0

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
FONTALVO	MONTERO	JULIETH	PAOLA

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: MZ 5 CA 4 URB MINUTO DE DIOS

42. Correo electrónico: julipfontalvo@gmail.com

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

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 7 0 4 1 0					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2023 - 01 - 28 / 17 : 04: 58

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), debera 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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 11-12-2023 03:29:09PM

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Fontalvo	Montero	Julieth Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1082962833

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 03 MES 07 AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Manzana 5 Casa 4 B/minuto de Dios

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta.

TELÉFONO 3217561650 EMAIL JulipFontalvo@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller técnico

FECHA DE GRADO: MES 11 AÑO 2008

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA), **ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	9	X		Enfermera	12	2016	1082962833

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Universidad CES		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	Medellín	ces@ces.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
604 444 05 55	DÍA 15 MES 01 AÑO 2022	DÍA 28 MES 02 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	Estrategia CIGA	Cl 45 #55 - 65

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
IPS Universitaria Clinica León XIII		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquía.	Medellín	IPSuniversitaria@ipsuniversitaria.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
604 6049595	DÍA 15 MES 07 AÑO 2021	DÍA 14 MES 01 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	Estrategia CIGA	Cl. 69 #51C - 24

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	gerencia@hojmb.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6054346262	DÍA 10 MES 07 AÑO 2020	DÍA 30 MES 06 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	Enfermería	Cra 14#23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica del Cesar		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cesar	Valledupar	Clinicadelcesar@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6055748650	DÍA 01 MES 01 AÑO 2019	DÍA 17 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	Enfermería.	Cl. 16 #14-90

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Sociedad de ambulancias médicas BYM		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cesar	Valledupar	BYM_SIAMB@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5898158	DÍA 01 MES 10 AÑO 2017	DÍA 31 MES 01 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	Enfermería	Cra 19 N° 4A-06.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica medicos alta complejidad		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cesar	Valledupar	informacion@clinicamedicos.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5847612	DÍA 12 MES 09 AÑO 2017	DÍA 30 MES 01 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera	Enfermería	Cl 14 # 17-47

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 11-12-2023

Juliette Paola Fontalvo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

INSTITUTO LAS AMÉRICAS
Calle 30 No. 14 - 20
Santa Marta, Magdalena

ICFES No. 82024 DANE No. 347001005570 NIT No. 819.001.133-7 Acta No. 10, del 30 de noviembre de 2007

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Santa Marta, el día 28 de noviembre de 2008 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por Sonia Esther Vega Peinado (Rectora) y Osmaira Esther Vega Peinado (Secretaria), en el cual el Instituto Las Américas confirió el título de:

BACHILLER TÉCNICO
Especialidad Comercio

a:

Julieth Paola Fontalvo Montero
Identificada con T.I. No. 92070310157 de Santa Marta

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que le acredita como tal.

Esta Institución está aprobada en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación Distrital, según Resolución No. 787 del 24 de noviembre de 1998.

Es fiel copia del Acta original No. 11 en lo pertinente.

En Santa Marta, a los 28 días del mes de noviembre de 2008.

Firmada y Sellada.

SONIA ESTHER VEGA PEINADO
C.C. No. 41.692.233 de Bogotá
Rectora

OSMAIRA ESTHER VEGA PEINADO
C.C. No 36.544.847 de Santa Marta
Secretaria

FULTON JIMÉNEZ PABÓN
C.C. No 12.547.900 de Santa Marta
Coordinador Académico

NOTA: No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Premier

La República de Colombia
y en su nombre, el

Instituto Las Américas

Santa Marta, Magdalena

Aprobado por la Secretaría de Educación Distrital,
según Resolución No. 787 del 24 de noviembre de 1998,

Confiere a:

Julieth Paola Fontalvo Montero

Identificada con T.I. No. 92070310157 de Santa Marta

El Título de

Bachiller Técnico
Especialidad Comercio

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes
del Proyecto Educativo Institucional

Sonia Esther Vega Peinado
Rectora

Osmaira Esther Vega Peinado
Secretaria

Fulton Jiménez Pabón
Coordinador Académico

Anotado al Folio No. Libro de Registro No. 01

Dado en Santa Marta, Magdalena, a 28 de noviembre de 2008

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

República de Colombia.
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad del Magdalena

Confiere el título de

Enfermera

A

Julieth Paola Fontalvo Montero

C.C. Nº 1.082.962.833 de Santa Marta

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello otorga el presente

D I P L O M A

En la ciudad de Santa Marta, a los 02 días del mes Diciembre de 2016

Rector

Secretario General

Registrado en el folio 043 del libro de Diplomas 03 de la Universidad del Magdalena

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Acreditación Institucional de Alta Calidad
Resolución N° 16891 del 22 de agosto de 2016 de MINEDUCACIÓN

ACTA DE GRADO N° 0533

En Santa Marta D.T.C.H., siendo las 11:00 a.m. del día 02 del mes de diciembre de 2016, se realizó la graduación en ceremonia colectiva, presidida por el **CONSEJO ACADÉMICO** de la Universidad del Magdalena, otorgando al estudiante:

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO
C.C. N° 1.082.962.833 de Santa Marta

El título de **ENFERMERA** por haber cumplido todos los requisitos exigidos por la **UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** para tal efecto.

Se tomó juramento de rigor a **JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO**, y se hizo entrega del diploma que lo acredita como **ENFERMERA**.

En constancia se extiende y firma la presente acta:

Rector (fdo.) *PABLO HERNÁN VERA SALAZAR*

La Secretaria General (fdo.) *MERCEDES DE LA TORRE HASBUN*

Nota: La presente acta es fiel copia de la original existente en los archivos de la Secretaría General, reproducida a los 02 días del mes de diciembre de 2016.

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

Registro N° 34947 en el folio 093 del libro 50 de Diplomas

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO
C.C. 1.082.962.833
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA - UNIMAGDALENA
Santa Marta
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-12-02
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-03-24



9392

Crear-ID.com | 621 9116

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

Julieth Paola Fontalvo M

FIRMA DEL PROFESIONAL

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 constato que el (la) señor(a) JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO identificado(a) con CC 1082962833 registra La siguiente información

2023-12-11 - 3:27:06 PM

Información Academica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2017-03-24	1082962833	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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 ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIAS, SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

le expide la siguiente certificación por haber cumplido satisfactoriamente con el curso teórico - práctico de

CÓDIGO GRIS

MANEJO INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

A

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO

C.C. 1.082.962.833

Quien cumplió satisfactoriamente con la temática y práctica del curso.
Realizado en la ciudad de **Santa Marta los días 14 y 15 de Febrero de 2020**,
con una intensidad horaria de 40 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res 2003 del 2014, y lo exigido en
la ley 1146 del 2007 y Res 0459.

Javier Alfaro Roa
Director Acess

Regina Ortega Guat
Psicóloga

Alfredo Bolivar Tavera
Médico Perito

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN ENFERMEROS MILITARES
Centro Internacional de Entrenamiento en Medicina Táctica Emergencias y Desastres CIEMTED NIT 900.610.927-4
Medicina Táctica Colombia S.A.S
NIT 901.452.127-4

Certifica que:

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO
Identificado(a)con Documento N°CC: 1.082.962.833

Ha superado los requisitos teórico-prácticos correspondientes al Curso de:

Soporte Vital Cardiovascular Básico

Intensidad Horaria 20 Horas
Dado en Bogotá D.C, a los Diecisiete (17) días de Abril del 2023

Sargento Primero (RA)
Héctor Guillermo Bernal Malpica
CC 17.389.139
Director General



Fundación Enfermeros Militares
Medicina Táctica Colombia S.A.S
Centro Internacional de Entrenamiento

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO

Ésta tarjeta certifica que la persona mencionadaha realizado las pruebas cognitivas y practicas de acuerdo con el Curso BLS – Soporte Vital Cardiovascular Básico, de la Fundación Enfermeros Militares , basado en los lineamientos , de la resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019.

Mes 4/año 2023
Fecha de emisión

Mes 4/año 2025
Fecha de vencimiento

BLS Y MANEJO DEL DEA

Código: 1082962833

Sede capacitación:
Fundación Enfermeros militares Colombia
Medicina Táctica Colombia S.A.S

Director
SP (RA) Hector G Bernal

Titular

FUNDACIÓN ENFERMEROS MILITARES
Centro Internacional de Entrenamiento en Medicina Táctica Emergencias y Desastres CIEMTED NIT 900.610.927-4
Medicina Táctical Colombia S.A.S
NIT 901.452.127-4

Certifica que:

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO

Identificado(a) con Documento N° CC: 1.082.962.833

Ha superado los requisitos teórico-prácticos correspondientes al Curso de:

ACLS
Soporte Vital Cardiovascular Avanzado

Intensidad Horaria 48 Horas

Dado en Bogotá D.C, a los Diecisiete (17) días de Abril del 2023.

Sargento Primero (RA)
Héctor Guillermo Bernal Malpica
CC 17.389.139
Director General



Fundación Enfermeros Militares
Medicina Táctica Colombia S.A.S
Centro Internacional de Entrenamiento

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado las pruebas cognitivas y practicas de acuerdo con el curso ACLS – Soporte Vital Cardiovascular Avanzado , de la fundación Enfermeros Militares , basado en los lineamientos , de la resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019.

Mes 04/año 2023
Fecha de emisión

Mes 04/año 2025
Fecha de vencimiento

Curso ACLS

Código: 1082962833

Sede capacitación:
Fundación Enfermeros militares Colombia
Medicina Táctica Colombia S.A.S

Director
SP (RA) Hector G Bernal

Titular

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Julieth Paola Fontalvo Montero

CC 1082962833 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-10
Fecha de vencimiento: 2025-12-10

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Julieth Paola Fontalvo Montero

CC 1082962833 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-12
Fecha de vencimiento: 2025-12-12

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Julieth Paola Fontalvo Montero

CC 1082962833 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2023-12-08
Fecha de vencimiento: 2025-12-08

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

NG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN ENFERMEROS MILITARES
Centro Internacional de Entrenamiento en Medicina Táctica Emergencias y Desastres CIEMTED NIT 900.610.927-4
Medicina Táctica Colombia S.A.S
NIT 901.452.127-4

Certifica que:

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO

Identificado(a) con Documento N° CC: 1.082.962.833

Ha superado los requisitos teórico-prácticos correspondientes al Curso de:

Toma de Muestras de Laboratorio Clínico

Intensidad Horaria 20 Horas

Dado en Bogotá D.C, a los Dieciocho (18) días Abril del 2023.

Sargento Primero (RA)
Héctor Guillermo Bernal Malpica
CC 17.389.139
Director General

Servicios Médicos Domiciliarios LTDA

SERVIMED I.P.S

Calle 22 No. 14-05 Local 101 C.C. Alcázares Plaza - Teléfono: 431 3874
informacion@servimedips.com.co - www.servimedips.com.co

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	FECHA		
		DIA	MES	AÑO
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	SANTA MARTA	13	12	2023

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellidos:	Documento de Identidad			
JULIETH FONTALVO MONTERO	Tipo: CC	No	1082962833	

Dirección		Teléfono	
Cargo: ENFERMERA	Sexo: M [ ] F [✓]	Fecha de Nacimiento:	03-07-92

Tipo de Examen Ocupacional

Preocupacional	[✓]	Periodico	[ ]	Post Ocupacional	[ ]	Manipulador Alimentos	[ ]
Reintegro Laboral	[ ]	Post Incapacidad	[ ]	Reubicación	[ ]		

Examen Practicados (N: Normal A: Anormal NR: No Realizado)

EXAMEN	N	A	LABORATORIOS / IMÁGENES	N	A
Medico Ocupacional	✓				
Visiometría					
Espirometría					
Audiometría					

Aptitud Ocupacional Ingreso

Al examen médico no presenta defectos ni patología aparente	✓
Al examen médico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	
Al examen médico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar	

¿Presenta Restricciones? Si [ ] No [ ] ¿Cuáles? _____

Observaciones:

Concepto Final de Aptitud Ocupacional

Apto sin limitaciones	[✓]	Apto con limitaciones	[ ]	Aplazados	[ ]	Apto manipular alimentos	[ ]
No apto	[ ]	Apto para alturas	[ ]	No apto para alturas	[ ]	No apto espacios confinados	[ ]
Apto Espacios Confinados	[ ]						

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

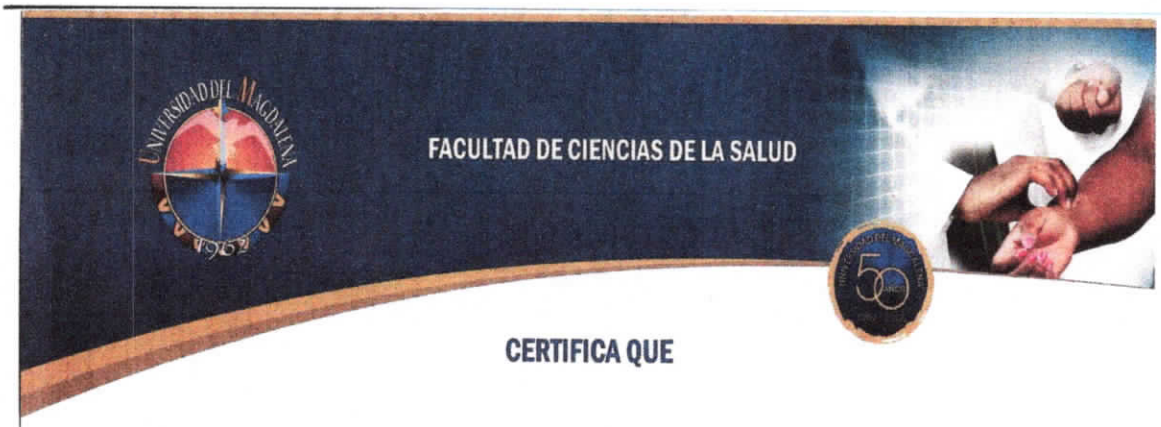
Médicas		Ocupacional				Hábitos y estilos de vida saludable	
Remisión a EPS	[ ]	Uso de EPP	[ ]			Inicio de actividad física	[ ]
		Ingreso al SVE				Dejar de fumar	[ ]
Continuar manejo médico	[ ]	Carga física	[ ]	Visual	[ ]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
		Ruido	[ ]	Biológico	[ ]	Control de Peso	[ ]
Remisión ARP	[ ]	Radiológico	[ ]	Radiaciones	[ ]	Otro:	[ ]
		Psicolaboral	[ ]	Cardiovascular	[ ]		
Citología vaginal	[ ]	Otro	[ ]				

Dr. Gustavo Severini
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 1523

Firma del Médico
Licencia de Salud Ocupacional

Julieth Paola Fontalvo M

Firma del Trabajador
CC. No. 1082962833



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICA QUE

FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL

II CONGRESO INTERNACIONAL EN SALUD INTEGRAL: RETOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO

"DIEZ AÑOS FORMANDO PROFESIONALES INTEGRALES"

Con una intensidad de 16 horas, que se llevó a cabo el 26 y 27 de octubre de 2012 en el Auditorio Simón Bolívar del hotel Casagrande, Santa Marta - Colombia

Médico, MSC. GUILLERMO TROUT GUARDIOLA
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

"La autonomía y la excelencia son lo primero"

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



CERTIFICA QUE

JULIETH FONTALVO MONTERO

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL:

III CONGRESO INTERNACIONAL EN SALUD INTEGRAL: RETOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO

Con una intensidad de 16 horas.

Que se llevó a cabo entre el 31 de Octubre y 1 de Noviembre de 2014 en el Centro de Convenciones Casagrande, Santa Marta - Colombia

Médico, MSC. GUILLERMO TROUT GUARDIOLA
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

"La autonomía y la excelencia siempre lo primero" PERIODO 2012 - 2015

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



CERTIFICA QUE

FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL CURSO PRE-CONGRESO:

Con una intensidad de 4 horas

PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Que se llevó a cabo entre el 25 de Octubre de 2014 en el campus de la Universidad del Magdalena

Médico, MSC. GUILLERMO TROUT GUARDIOLA
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

"La autonomía y la excelencia siempre lo primero" PERIODO 2012 - 2016

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD INTEGRAL

APSP
Association des Pédiatres du Sud de Paris

CERTIFICA QUE:

JULIETH FONTALVO MONTERO

ASISTIÓ AL:

"IV CONGRESO INTERNACIONAL EN SALUD INTEGRAL: Nuevas Tecnologías Aplicadas a las Ciencias Médicas; IX Congreso Francés de Ciencias y Tecnologías Avanzadas; I Congreso Internacional de l'APSP y I Encuentro de Semilleros de Investigación en Salud de la Región Caribe"

Que se realizó los días 26,27,28 y 29 de octubre de 2016 en el Centro de Convenciones Santa Mar Hotel Santa Marta – Colombia.

Médico, MSC. GUILERMO TROUT GUARDIOLA
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

DR. RAIMUNDO ALVIS
Presidente l'APSP

"La autonomía y la excelencia siempre lo primero"

Clínica
Médicos
Alta Complejidad
Valledupar

NIT. 824001041

CONS-AC0260

EL DIRECTOR DE TALENTO HUMANO

CLÍNICA MÉDICOS S.A.

CERTIFICA

Que la señora **JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO**, identificada con C.C N° **1.082.962.833** expedida en Santa Marta, prestó sus servicios en la Institución desde el 12 de Septiembre de 2017 hasta el 30 de Enero de 2018, en el cargo de **ENFERMERA**, vinculado mediante contrato a término Indefinido.

Se expide la presente certificación a petición de la interesada, a los Dos (02) días del mes de Noviembre de 2017.

ANDRES FELIPE AMAYA PUERTO
DIRECTOR DE TALENTO HUMANO

Calle 14 # 17-47 PBX: 5847612 Ext -3001
E-MAIL: aux.thumano@clinicaaltacomplejidad.com
Valledupar - Cesar – Colombia

Nit: 900447885-5

VALLEDUPAR, CESAR 02 de Febrero de 2018

EL SUSCRITO GERENTE DE SOCIEDAD DE AMBULANCIAS MEDICAS B&M

CERTFICA QUE

La Señorita Julieth Paola Fontalvo Montero, identificado con CC No 1.082.962.833 presto sus servicios como Enfermera Jefe en nuestra entidad, desde el 01 de Octubre del 2017 hasta el 31 de Enero del 2018 con un contrato por prestación de servicios devengando un salario de $1.500.000.

Para constancia de lo anterior se firma en Valledupar a los 02 días del mes de Febrero del 2018.

GERENTE
LAURA XIMENA GONZALEZ
SOCIEDAD DE AMBULANCIAS MEDICAS B&M SAS

Carrera 19 Nº 4 A-06 Barrio Edgardo Pupo Norte Valledupar - Cesar
TEL:5898158:CL:3116737360:BYM_SAMB@HOTMAIL.COM

Clínica Cesar S.A.

EL SUSCRITO COORDINADOR DE GESTION HUMANA
DE CLINICA DEL CESAR S.A.
NIT.892.300.979-9

CERTIFICA

Que, **JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO**, identificada con cédula de ciudadanía número **1.082.962.833**, presto sus servicios en la institución bajo contrato a término fijo, desempeñándose como **ENFERMERO JEFE**, desde el 01 de Enero de 2019 hasta el 17 de Diciembre de 2019.

La presente certificación se expide a solicitud de la parte interesada en la ciudad de Valledupar a los 18 días del mes de Enero de 2020.

Atentamente,

ADRIAN PERALTA ALVAREZ.
Coordinador de Gestión Humana

Calle 16 n 14-90 Telf. 5-748650 Ext. 027-028 email. Recursoshumaclinicadelcesar.com
Valledupar-Cesar

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 **JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO**, identificada con la Cedula de Ciudadanía **No. 1.082.962.833** 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. **2427** de fecha 10 de julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de julio al 30 de septiembre de 2020, por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS ($6.933.340).
2. No. **2727** de fecha 01 de octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2020, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
3. No. **237** de fecha 01 de enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
4. No. **1234** de fecha 01 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO **ENFERMERA** DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA Y DEMÁS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

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

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

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

VIGILADO Supersalud

Medellín, mayo 29 de 2023.

EL COORDINADOR GENERAL DEL PROYECTO CIGA

CERTIFICA

Que la Señora Julieth Paola Fontalvo Montero, con cédula 1.082.962.833, prestó sus servicios, como Profesional de Enfermería, mediante contrato de prestación de servicios, con funciones de apoyar a la gestión de la estrategia CIGA para el direccionamiento de pacientes clasificados como triage III, IV y V, en convenio con la Secretaria de Salud del Municipio de Medellín, desde el 15 de enero de 2022 hasta el 28 de febrero de 2023.

Cualquier información adicional con gusto será atendida 4440555 ext. 1615 - 3226645130.

La anterior información se expide a petición del interesado.

FERNANDO ACOSTA

FERNANDO ACOSTA RODRÍGUEZ
Coordinador General del Proyecto CIGA
Facultad de Medicina
Universidad CES
Calle 10 A Nº 22 - 04

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 1082962833 **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 12/12/2023 10:13 PM

Código Verificación: **PZQDTE3LGV**

Válida hasta: **12/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma

Engerix -B

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

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cra. 5 #25-27. Santa Marta.
Tel: 431 9537 Ext. 109 - 112
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org
www.cruzrojamagdalena.org

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Certificado de Vacunación

Nombres: Jdreth Paola

Apellidos: Fontalvo Montero

Documento de identidad: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] PASAPORTE [ ] No. 1082.962.833

Fecha de Nacimiento: Día 03 Mes 07 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola Paperas	1			
Toxoide Tétano Diftérico Td	1	22-8-16	2271	
	2	29/09/16	D2272	
	3	29/03/17		
	4			
	5			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Hepatitis B	1	22-08-16	1439024	
	2	29/09/16	1434021	
	3	02/03/17	AHAE536A00	
Virus Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma

Unidad Médica Centrolab

UNIDAD MÉDICA CENTROLAB
NIT: 800178906-4

Calle 57A #48 - 21 Av. Oriental
Medellín-Colombia
PBX: (+574) 6042204
www.centrolab.com.co
servicioalcliente@centrolab.com.co
resultados@centrolab.com.co

PBX1: (+574) 6042204

ORDEN
No.: 3412242

PROPUESTA DE VALOR DE CENTROLAB - LABORATORIO DE REFERENCIA

"CENTROLAB es el mejor Laboratorio Clínico de Referencia donde encuentras todas las pruebas al mejor precio posible, con excelente calidad, cumplimiento y apoyo profesional".

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente:	**JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO**	**Doc. Id.:**	**CC 1082962833**
F. Nac. y Edad:	03/07/1992 - 29 Años	**Teléfono:**	3217561651
		Sexo:	FEMENINO
Entidad:	IPS UNIVERSITARIA UDEA	**Tel. Entidad:**	CEL 3007949252
Fecha atención:	06/07/2021 10:22 a.m.	**Fecha resultado:**	06/07/2021 07:15:00p.m.
Fecha impresión:	06/07/2021 07:15:56p.m.	**Tipo reporte:**	**ORIGINAL - EMAIL AUTOMATICO**

INFORME DE RESULTADOS

HEPATITIS B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBS]

ANÁLISIS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
ANTI-HBs (Quimioluminiscencia- Architect)	**> 1000,00 mUI/ml**	

INTERPRETACION
Las muestras con concentraciones de anticuerpos anti-HBs por debajo de 10 mUI/mL se deben clasificar NEGATIVAS.
Las muestras con concentraciones de anticuerpos anti-HBs entre 10 y 11 mUI/mL se deben clasificar DUDOSAS. Se recomienda repetir en duplicado el test de las muestras dudosas para confirmar el primer resultado.
Las muestras con concentraciones de anticuerpos anti-HBs iguales o por encima de 11 mUI/mL se deben clasificar POSITIVAS.

Responsable: Bacterióloga: **NORMA LUCIA PATIÑO OSORIO** Registro: 5-2104

VARICELA IGG

ANÁLISIS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
VARICELA ZOSTER, Acs IgG (MICROELISA AUTOMATIZADO)	**997.6 mIU/mL**	

INTERPRETACION DE RESULTADOS
Los resultados de las muestras deben ser interpretados como sigue:
Las muestras con concentraciones de IgG anti-virus de varicela-zoster por debajo de 50 mUI/mL se deben clasificar negativas (No hay proteccion inmunologica).
Las muestras con concentraciones de IgG anti-virus de varicela-zoster entre 50 - 100 mUI/ml se deben clasificar como indeterminadas
Las muestras con concentraciones de IgG anti-virus de varicela-zoster iguales o por encima de 100 mUI/mL se deben clasificar positivas (Si hay proteccion inmunologica).

Responsable: Bacterióloga: **MARGARITA MARIA ALVAREZ FLOREZ** Registro: 5-1113

SEDE VILLANUEVA

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-12-13 16:21

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JULIETH	PAOLA	FONTALVO	MONTERO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082962833

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	$75.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$75.600.000,00

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:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.082.962.833** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de diciembre de 2023.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2023121211105

SaludTotal

MEDELLIN, Diciembre 11 de 2023

Señora:
FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA
CC. 1082962833
CL 63 77 41 AP 1802. - 4367
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 14 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA	1082962833	C	Mar-14-2019	52	26	COTIZANTE	NO VIGENTE	Ago-1-2023	Desafiliado por desvinculación laboral	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CLINICA DEL CESAR SA	1082962833	Dependiente	CERRADO
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE	1082962833	Dependiente	CERRADO
JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO	1082962833	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO	1082962833	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO	1082962833	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

Igualmente tenemos registrada en nuestra base de datos que a partir de Abril 1 de 2023, no se han realizado nuevos aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de su afiliación. En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 01800 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

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, 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

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	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Julieth Paola Fontalvo Montero

Sexo: M [ ] F [X]

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. [X] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ]	1082962833	Santa Marta-Mag	10-02-2011

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			

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
03 07 92	Santa Marta	M 35 C4 B/ minuto de Dios	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Julipfontalvo@gmail.com	3217561650	—

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		Total Egresos mensules	
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12 Año 2023	Es declarante?	SI [ ] NO [ ]

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

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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

Julieth Paola Fontalvo 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