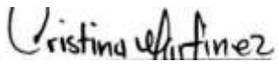
En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA, Identificado con Cédula No. 1082943188 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: 

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)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		X
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).		X
13	Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)	X	
15	Tarjeta Profesional		X
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)		X
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).		X
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X
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*.		X
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*)	X	
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).		X
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.	X	
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)	X	
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/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.082.943.188**

MARTINEZ MORA

APELLIDOS

CRISTINA PAOLA

NOMBRES

Cristina Martinez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-AGO-1991**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-DIC-2009 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00534466-F-1082943188-20140109 0036482221A 2 40302653

Has buscado el número de identificación: **1082943188**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082943188	MARTINEZ	MORA	CRISTINA	PAOLA	2022-12-13, 9:57 am

El (la) suscrito(a) CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082943188 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 01 del mes de diciembre de 2023.

Firma Cristina Martinez Mora
Nombre CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA
Cédula 1082943188

COPIA CONTROLADA

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

Información del usuario



Género Mujer

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

Título Sra.

Nombre CRISTINA PAOLA

Apellidos MARTINEZ MORA

Datos del usuario guardados

Editar

Fecha de Nacimiento 29/08/1991 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Nombre y apellido CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1082943188

Dirección SANTA MARTA

Código postal

Estrato 3

Ubicación Santa Marta

País COLOMBIA

Correo electrónico cristinapaolamartinezmora@gmail.com

Teléfono

Celular 3005715375

Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es su número de teléfono?

Respuesta 3005715375

SMS para recuperar la contraseña 3005715375

Editar

Santa Marta Diciembre 2023

Doctor

GERMAN GAVIRIA VARGAS
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Asunto: Propuesta de servicios

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, Yo, CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA identificado con C.C. 1082943188 de Santa marta Magdalena , le solicito muy cordialmente me permita ingresar como AUXILIAR DE ENFERMERIA en diferentes áreas, espero reunir las condiciones para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,

Cristina Martinez Mora

CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA
C.C 1082943188 Santa marta – Magdalena
Email: cristinapaolamartinezmora@gmail.com
Cel **3005715375**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14401004318

(415)7707212489984(8020) 000001440100431 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1082943188	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

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 13	1082943188	2009 12 14

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	MORA	CRISTINA	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

41. Dirección principal: CL 3 CR 16 16 34 BRR 20 DE JULIO

42. Correo electrónico: cristinapaolamatinezmora@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3008385925	

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
8692	2017 01 19				5132	

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 20																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2017 - 01 - 19

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 1.6.1.2.6 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 ARROYO DUQUE BENIVALDO SEGUNDO

985. Cargo Analista V

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*
Martinez	Mora	Cristina Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082943188 | *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 29 MES 08 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MZA 2 CASA 13 ANDREA CAROLINA

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4346262 EMAIL cristinapaolamartinezmora@gmail.

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	12	AÑO	2014
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*

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

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* SERVICIO DE UCI ADULTO					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 23 42 cra 14 # 23-42 los alcazarez						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAR CARIBE COLSALUD SA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3016275592	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	10	*Año* 2016	*Día*	04	*Mes*	01	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENMFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 19 SUR - 22 SUR cra 19 con calle 22 esquina						

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	3	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	10

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 diciembre 2023

Cristina Martinez Mora

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

y en su nombre

Institución Educativa Distrital

"Ondas Del Caribe"

Aprobada por resolución No. 0205 del 23 de Marzo del 2006 y Resolución 1638 del 12 de Diciembre de 2012, de la Secretaria de Educación del Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta

Confiere a:

Martínez Mora Cristina Paola

Identificado(a) con Doc. No. 1.082.943.188 deSanta Marta

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado, los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según el P.E.I, los planes y programas vigentes.

Rector

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL
DIOS CIENCIA PROGRESO
ONDAS DEL CARIBE

Secretaria

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 001 Folio No. 017 Diploma No. 04

Dado en Santa Marta, a los 19 días del mes de Diciembre del 2014

Institución Educativa Distrital

Ondas del Caribe

Aprobada por resolución N°0205 del 23 de Marzo del 2006 y resolución N° 1638 del 12 de Diciembre de 2012, de la Secretaria de Educación del Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta.

Acta General de Graduación

En la ciudad de Santa Marta, Magdalena, a los 19 días del mes de Diciembre del año 2014 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por los suscritos Rector y Secretaria, en el cual la Institución Educativa **"Ondas del Caribe"** confirió el titulo de:

Bachiller Académico

a:

Martinez Mora Cristina Paola

Identificado(a) con No. 1.082.943.188de 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 por la Secretaria de Educación Distrital, según Resolución No. 0205 del 23 de marzo del 2006 y Resolución 1638 del 12 de Diciembre de 2012.

Es fiel copia del Acta General No. 017 en lo pertinente.

En constancia se firma y sella la presente Acta por quienes en ella intervinieron, en Santa Marta, Magdalena, a los 19 días del mes de Diciembre de 2014.

Lic. Ludwing Caicedo Ramirez
C.C. 91.481.147 Bucaramanga
Rector

Yadira Becerra Calleja
C.C. 36.551.262 Santa Marta
Secretaria

CETECOS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

NTC 5555 icontec

ISO 9001 icontec

MODELO EUROPEO DE CALIDAD TOTAL EN EDUCACIÓN Y FORMACIÓN EFQM

LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE SANTA MARTA Y
LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

CETECOS

Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Con licencia de funcionamiento según resolución No. 1407 del 28 de Noviembre de 2008 y con registro de programa según resolución No. 0973 de Agosto 26 de 2015 emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y acuerdo No. 00118 de Mayo 19 de 2015 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN:

Auxiliar en Enfermería

A :

CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA

Documento de Identidad: 1.082.943.188 de: Santa Marta (Magd.)

Por haber cursado y aprobado el programa de: Auxiliar en Enfermería
con una intensidad total de 1800 horas.

Dado en Santa Marta a los 22 días del mes de Julio de 2016

Leonardo Pena
DIRECTOR

Acuerdo 6.
SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 051 Registro 1147 del Libro de Actas 003

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 1147

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 3:00 p.m. del día 22 de Julio de 2016, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

A:

CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA

Doc. Identidad: 1.082.943.188, Expedido en: Santa Marta (Magd.)

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

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

Número de Horas: 1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico y se registra en el folio No. 051 del Libro de Actas No. 003.

DIRECTOR ACADEMICO
ALEXA DIAZGRANADOS PEREA

SECRETARIA
ANA K. AVENDAÑO GUTIERREZ

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud

RESOLUCION No. 47 1851
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,082,943,188, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por **LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS,** con Acta de Certificados No. 1147 del 22 de Julio de 2016.

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 **CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No.1,082,943,188, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta D.T.C.H. en fecha: 24 AGO 2016

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Xiomara Vesga B.
Revisó: Piedad De La Hoz Orozco.

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

7598

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-09-07→3:05:03 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1082943188	CRISTINA	PAOLA	MARTINEZ	MORA	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) CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA identificado(a) con CC 1082943188 registra La siguiente información:

2023-09-07→3:05:03 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016-08-24	1851	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).

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Cristina Paola Martínez Mora

CC 1082943188 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-13
Fecha de vencimiento: 2024-12-13

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. 901366232-1

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

Certifica

Cristina Paola Martínez Mora

c.c. 1082943188 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2022-03-08
Fecha de vencimiento: 2024-03-08

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

Cristina Paola Martínez Mora

CC 1082943188 de Santa Marta

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: 2023-12-01
Fecha de vencimiento: 2025-12-01

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. 901366232-1

Aprobado por Decreto No. 1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.6.

Certifica

Cristina Paola Martínez Mora

c.c. 1082943188 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Decreto 1033 de 2014.
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-03-08
Fecha de vencimiento: 2024-03-08

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Laboratorio Clínico
Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Daissy Martinez

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 16/06/2022

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA
Responsable: El mismo paciente
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Edad: 31
Estado civil: Casado
Teléfono: 3053462820
N° hijos: 2
EPS: Mutual Ser EPS

Empresa en misión:
Identificación: CC: 1082943188
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 29/08/1991
Genero: Femenino
Escolaridad: Técnica
Dirección: Magdalena, Santa marta,
ARL: No refiere
AFP: Porvenir S.A.



Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto con recomendaciones.

Recomendaciones generales

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

Recomendaciones especificas

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA Y EJERCICIO SUPERVISADO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP REQUERIDOS PARA LA LABOR.

VALORACIÓN POR NUTRICIÓN POR EPS.

Elizabeth Edelmira Vergara Vergara
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 0732

Elizabeth E Vergara Vergara

Aspirante o trabajador
CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA
Identificación: CC: 1082943188

Cristina Martine

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 1082943188 **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 30/11/2023 01:44 PM

Código Verificación: **C5281QMVLB**

Válida hasta: **28/02/2024**

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 **CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA,** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.082.943.188** 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. **905** de fecha 04 de Febrero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Febrero al 30 de Abril 2020, por un valor de CUARTO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL PESOS ($4.293.000).

2- No. **1401** 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 OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($2.862.000).

3- Mediante **Acta de Terminación** por mutuo acuerdo, se da por terminado el Contrato de Prestación de Servicios No. **1401** del 01 de Mayo de 2020, a partir del día 08 de Junio de 2020.

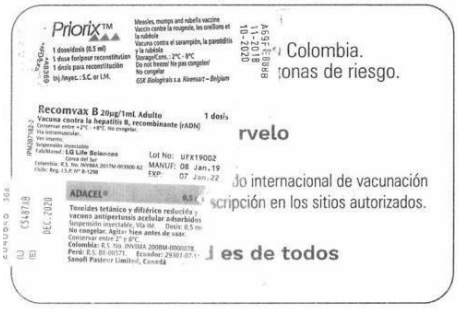
OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA, UCI ADULTO, PEDIATRICO, NEONATAL DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD A LA POBLACIÓN USUARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada a los seis (06) días del mes de abril de 2021.

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

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

VIGILADO Supersalud



La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Cristina Paola

Apellidos: Martinez Mora

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1082943188

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 08 Año 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
~~Triple~~ Viral Sarampión - Rubeola	Única	23-01-2020	A69FE7888	Liz Rojas
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	28-01-2020	C54874A3	Laudrith
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	28-01-2020	C54874A3	Laudrith
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	23-01-2020	UFX19002	Liz Rojas
	2	23-Feb-2020		
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

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	2023-02-10 17:18

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CRISTINA	PAOLA	MARTINEZ	MORA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082943188

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SITIONUEVO

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	$5.724.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$5.724.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTOCICLETA	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$5.000.000,00

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

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **MARTINEZ MORA CRISTINA PAOLA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1082943188** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**16/09/2016**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 01 de diciembre del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.943.188**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos

Sexo: M | F X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E T.I R.C PP	1082943188	SANTA MARTA	14/DIC/2009

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		2		X			X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
29 AGO 1991	SANTA MARTA	MZ 2 CASA 13 ANDREA CAROLINA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
cristinapolamartinezmora@gmail.com	305 3462820	

Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	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
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual? AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
	SANTA MARTA		

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

Declaro que soy persona políticamente 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

Cristina Martinez

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):

Cristina Martinez

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento