En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA, Identificado con Cédula No. 1.085.231.048 y Profesión FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR 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 ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | X | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | X | |
| 3 | Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siii.huimb.gov.co/proveedores/pnatural.php | X | |
| 4 | Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://huimb.gov.co/gestion-institucional/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 — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. | | X |
| 14 | Tarjeta Profesional | | X |
| 15 | 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 | |
| 16 | Soporte de experiencia laboral. | X | |
| 17 | Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en: https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.* | | |
| 18 | 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 | |
| 19 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual) | X | |
| 20 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual) | X | |
| 21 | Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://huimb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | X | |

COPIA CONTROLADA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.231.048
LASTRE MANCERA

APELLIDOS

ANGELICA MARIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-1997
SANTA ANA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

16-JUL-2015 SANTA ANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
KARLON ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2107800-00744289-F-1085231048-20150907 0046280004A 1 44950372

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1085231048**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1085231048 | LASTRE | MANCERA | ANGELICA | MARIA | 2023-06-15, 5:41 pm |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a)_____ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA_____identificado con C.C./C.E./P.P No.____1.085.231.048_____expedida en___SANTA ANA, MAGDALENA, autorizo libre,expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados enla 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 del 2023.

Firma _____

Nombre ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA

Cédula _1.085.231.048

COPIA CONTROLADA

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

## Información del usuario

| | |
|---|---|
| **Género** | Mujer |
| **Cargo** | |
| **Título** | |
| **Nombre** | Angelica Maria |
| **Apellidos** | Lastre Mancera |
| **Fecha de Nacimiento** | 30/06/1997 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Nombre y apellido** | Angelica Maria Lastre Mancera |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 1085231048 |
| **Dirección** | |
| **Código postal** | |
| **Estrato** | 2 |
| **Ubicación** | Santa Marta |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | angielm306@gmail.com |
| **Teléfono** | |
| **Celular** | 3011449557 |
| **Nivel Educativo** | Algunos años de universidad |

## Configuración

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

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | ¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez? |
| **Respuesta** | nutrir |
| **SMS para recuperar la contraseña** | 3011449557 |

Santa Marta D.T.C.H, DICIEMBRE de 2023.

Doctor.

**GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA**

**GERENTE ENCARGADO**

**ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea**

**REF.** PROPUESTA DE SERVICIOS PROFECIONALES

Yo, **ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA,** identificado con número de documento Nº **1.085.231.048** de Santa Ana Magdalena, mediante la presente hago solicitud y presentar para su estudio mi hoja de vida como propuesta para prestar mis servicios profesionales de apoyo en el área Administrativa de Call center en esta **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.**

Cordialmente,



**ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA**
C.C N° 1.085.231.048 de Santa Ana (Magdalena)
Tel: 3011449557
Dir: Boulevard de la 19 Mz G casa 138
E-mail: angelicalastrem@gmail.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14915954981

(415)7707212489984(8020) 000001491595498 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1085231048 | 4 | 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 | 1085231048 | 2015/07/16 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Magdalena 47 | Santa Ana 707 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LASTRE | MANCERA | ANGELICA | MARIAA |

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 28 B # 7 A - 19

42. Correo electrónico: angielm306@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3011449557 | |

## 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 |
| 8211 | 2023/05/10 | | | | | | | |

### 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 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 05 - 23 / 16 : 20: 16

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

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre LASTRE MANCERA ANGELICA MARIAA
985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 23-05-2023 04:20:19PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

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 |
|---|---|---|
| Lastre | Mancera | Angelica Maria |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1085231048

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS: ____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 30 MES 06 AÑO 1997

PAÍS: ____

DEPTO: ____

MUNICIPIO: ____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: ____

PAÍS: ____ DEPTO: ____

MUNICIPIO: ____

TELÉFONO: ____ EMAIL: angelicalastrem@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 10 | | X | FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR | | | |

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 |
| INGLÉS | X | | | X | | | X | | |

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3011449557 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 12 | *Mes* | 10 | *Año* | 2023 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AGEENTE CALL CENTER | *DEPENDENCIA*<br>AGENTE CALL CENTER | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14A BIS NORTE 14A 43 NORTE | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6054346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 22 | *Mes* | 09 | *Año* | 2023 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>OPERADOR CALL CENTER | *DEPENDENCIA*<br>AGENTE CALL CENTER | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14 23 42 NORTE BARRIO LOS ALCAZARES | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CORPORACION COMUNITARIA NUTRIR | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA ANA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 29 | *Mes* | 06 | *Año* | 2018 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR ADMINISTRATIVA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 7 15 53 | | | | | | |

**4** **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 2 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 5 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 0 | 7 |

## 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, MAGDALENA - 01 DE DICIEMBRE DEL 2023

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

La República de Colombia

y en su nombre,

La Institución Educativa Técnica Departamental

# "Rafael Jiménez Altahona"

Santa Ana – Magdalena

Aprobada mediante la Resolución N° 761 del 12 de Noviembre de 2.010,
Emanada de la Secretaría de Desarrollo de la Educación del Departamento del Magdalena

Confiere a:

## ANGÉLICA MARÍA LASTRE MANCERA

**Identificada con T.I. 970630-10573 expedida en Santa Ana (Magd.)**

El Título de:

# Bachiller Técnico

Especialidad: Agropecuaria
Énfasis: Producción Pecuaria

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, según programa de estudio, Ley 115 de 1.994, Decretos 1860 de 1.994, 1290 de 2.009 y el Proyecto Educativo Institucional

Sembrando sueños, cosechando realidades

RIA

Esp. Cesar Larios Jiménez
C.C. N° 85.202.526 de Santa Ana - Magd.
Rector

Lic. Albanys Alfaro Vides
C.C. N° 22.435.002 de Barranquilla Atl
Secretaria

Anotado en el Libro de Registro N° 002 al Folio N° 069 Acta N° 001

Dado en Santa Ana – Magdalena, a los siete (7) días del mes de Diciembre del año 2.013

UNIVERSIDAD
SERGIO ARBOLEDA

La Universidad Sergio Arboleda

**CERTIFICA QUE**

# Angélica María Lastre Mancera

C.C. 1085231048 de Santa Ana

Cursó y aprobó el programa

## "Gestores de Innovación"

Con una duración de 80 horas

Se firma en Santa Marta, D.T.C.H, a los diecinueve (19) días del mes de julio de 2021.

HERMAN ANDRÉS PALACIOS CUENCA
DECANO ESCUELA INTERNACIONAL DE ADMINISTRACIÓN Y MARKETING
UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA, SANTA MARTA

JUAN PABLO SANTRICH ABELLO
SUBSECRETARIO GENERAL
UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA, SANTA MARTA

Universidad Sergio Arboleda, código SNIES 1728 - Resolución No. 16377 del 29 de octubre de 1964 y No. 6423 del 05 de agosto de 2011, Ministerio de Educación Nacional - Carácter académico: universitario - Institución sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional. En cumplimiento de la Resolución No. 12220 del 20 de junio de 2016, visite el siguiente vínculo: http://www.usergioarboleda.edu.co/instituciones/

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA

*Con Cedula de Ciudadania No. 1.085.231.048*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

# ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Armenia, a los treinta y un (31) dias del mes de marzo de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por
HENRY FERNANDEZ HERNANDEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
**Autenticidad del Documento**
**Bogotá - Colombia**

HENRY FERNANDEZ HERNANDEZ
Subdirector
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO
REGIONAL QUINDÍO

**50284331 - 31/03/2018**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9538001626705CC1085231048C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

*HACE CONSTAR QUE:*

# ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA

Con Documento de Identidad No 1085231048

**CURSÓ Y APROBÓ EL**

## DIPLOMADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS DE SALUD

**MEDELLIN - 08 DE ABRIL DE 2023 AL 12 DE MAYO DE 2023**

**Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas**

**Registrado en el Libro de Actas No 0020230512**

**www.politecnicodecolombia.edu.co**

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

**FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 230512A-393757**

**La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

*HACE CONSTAR QUE:*

# ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA

Con Documento de Identidad No 1085231048

**CURSÓ Y APROBÓ EL**

## DIPLOMADO EN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

**MEDELLIN - 08 DE ABRIL DE 2023 AL 12 DE MAYO DE 2023**

**Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020230512**

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

**FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 230512A-393782**

**www.politecnicodecolombia.edu.co**

**La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo**

Nit. 818.001.411-6 SALUD y VIDA Ltda.

| | |
|---|---|
| **Nombre y Apellido**: Angélica María Lastre Mancera | Sexo: Femenino |
| Tipo de Documento: c.c. Numero : 1095231048 | Fecha de nacimiento:30/06/1997 |
| Empresa: | Edad:25 Años |
| Ciudad: Santana Magdalena Fecha de Examen : **20 /06 /2023** | Peso:57Kg Estatura:1.57 Cm |

EXAMENES REALIZADOS

Examen Médico Ocupacional, Audiometría, Visiometria

RESUMEN DE RESULTADOS

| |
|---|
| **Consulta Médico: Normal** |
| **Audiometría: Normal** |
| **Visiometria: Normal** |

**CONCEPTO**

SIN RESTRICIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RECOMENDACIONES

**ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

Firma y sello

Mery Luz Jam Arrieta
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Reg. Med. General 0293
Lic So. 1090

Firma del Trabajador

Cartagena -Bolívar

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION COMUNITARIA NUTRIR

CERTIFICA.

Que la señorita ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 1085231048 expedida en Santa Ana, realizó su práctica como estudiante de Finanzas y Comercio Exterior en el cargo de Auxiliar Administrativo, del Programa Desarrollo Infantil en Medio Familiar Integral en el Municipio de Santa Ana-Magdalena, mediante un contrato de aprendizaje desde el 29 de junio de 2018 al 30 de noviembre de 2018.

Con las siguientes funciones:

•Desarrollar los procesos de verificación de las cuentas y soportes que permitan eficiencia en la presentación de los informes financieros.

▪ Sistematizar la información de los beneficiarios en los instrumentos o herramientas dadas para la operación.

▪ Realizar los procesos de archivo digital y físico.

▪ Apoyar al equipo en la elaboración de los informes de gestión.

Se expide la presente certificación el día 30 del mes de noviembre de 2018.

LUIS ROYERO LIÑAN
CC No. 85.445.796
Representante Legal

# SUMAFICOT S.A.S.

NIT. 901.053.128-1

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL**

**CERTIFICA QUE:**

La señorita **ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 1.085.231.038, se desempeñó durante el periodo comprendido entre el 1 de Abril del 2017 al 15 de Abril del 2018 como auxiliar administrativa en nuestra empresa, devengando un salario por valor de **$850.000 (OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L)**

SUMAFICOT
Soluciones Integrales

**ROSSANA CAMPO GUERRA**
**Gerente SUMAFICOT**

**Dirección:** Manzana 10 Casa 15 Urb. El Parque – **Tel:** 3045868264; 3005398559
**Email:** sumaficot@gmail.com

**EL SUSCRITO 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 **ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.085.231.048** expedida en Santa Ana (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **CD20233348** de fecha 16 de agosto de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 22 de agosto al 30 de septiembre de 2023, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).

2. No. **CD20234103** de fecha 04 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS ($5.100.000).

**OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los diecisiete (17) días del mes de noviembre de 2023.

**JARID YESID THOMAS PADILLA.**
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

**ELABORÓ:** RONALD A. GOMEZ CAMACHOO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.



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

# 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 1085231048 **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 01/12/2023 10:38 AM

Código Verificación: **YRBXZ7UD81**

Válida hasta: **29/02/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

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 | 2023-06-15 18:11 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ANGELICA | MARIA | LASTRE | MANCERA |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 1085231048 |

Lugar de nacimiento

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | SANTA MARTA |

Lugar de domicilio

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | 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 | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | SANTA MARTA |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"] |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 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:

| |
|---|
| |

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **LASTRE MANCERA ANGELICA MARIA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1085231048** 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: | **01/02/2023** |

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:

**ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.231.048**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

| HJMB Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche E.S.E | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANGELICA MARIA LASTRE MANCERA | | | | | | | | | | | | M | | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 1085231048 | SANTA ANA MAG | |

| 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 | Familiar | Rural | Urbano |
| X | | | | | | | | X | 0 | | | X | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 0 | 1997 | SANTA ANA MAG | CALLE 24A Nº 16-53 | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| angielm306@gmail.com | 3011449557 | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | X | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | | 8 | 2 | 1 | 1 |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina | Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | APOYO ADMINISTRATIVO |

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

| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | |
|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales | $ 400,000 | Total Egresos mensules | $ 250,000 |
|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensules | $ 0 | Otros Egresos Mensuales | $ 0 |
| Total Activos | $ 0 | Total Pasivos | $ 0 |

| Mes y año de corte de la información financiera suministra | Mes | Año | Es declarante? | SI | | NO | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

RENTAS DE TRABAJO

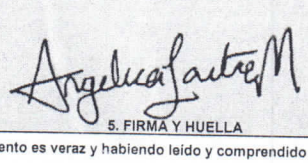
## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me



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):