En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Tatiana Marcela Torres Ospino, Identificado con Cédula No. 1.193.516.074 y Profesión Tecnico Administrativo **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: Tatiana Torres

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – 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/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (**Pantallazo**)	✓	
6	Propuesta de Servicios (**Mes Actual**)	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		✓
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		✓
9	RUT - Registro Único Tributario (**Año 2023**)	✓	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (**Actualizada Mes Actual**)	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (**fecha vigente – Mes Actual**).		✓
13	Convalidación de Titulo – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		✓
14	Tarjeta Profesional		✓
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**)	✓	
16	Soporte de experiencia laboral.	✓	
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**)	✓	
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
21	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-	✓	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.193.516.074**

TORRES OSPINO
APELLIDOS

TATIANA MARCELA
NOMBRES

tatiana torres
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1997**
PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-ENE-2016 PLATO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2105200-00798424-F-1193516074-20160307 **00488**32853A 1 44967860

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1193516074**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1193516074	TORRES	OSPINO	TATIANA	MARCELA	2023-06-28, 6:00 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1193516074	TORRES	OSPINO	TATIANA	MARCELA	2023-06-28, 8:03 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1193516074	TORRES	OSPINO	TATIANA	TORRES	2023-09-12, 5:40 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) Tatiana Marcela Torres Ospino identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.193.516.074 expedida en Plato Magdalena, 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 5 del mes de Diciembre de 2023.

Firma Tatiana Mus
Nombre Tatiana Torres Ospino
Cédula 1.193516.074

COPIA CONTROLADA

Santa Marta, 05 de Diciembre 2023

Doctor:

GERMAN VARGAS MOSQUERA

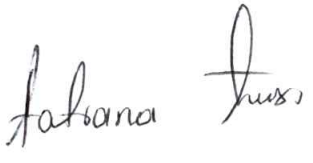
GERENTE

E.S.D

Cordial Saludo:

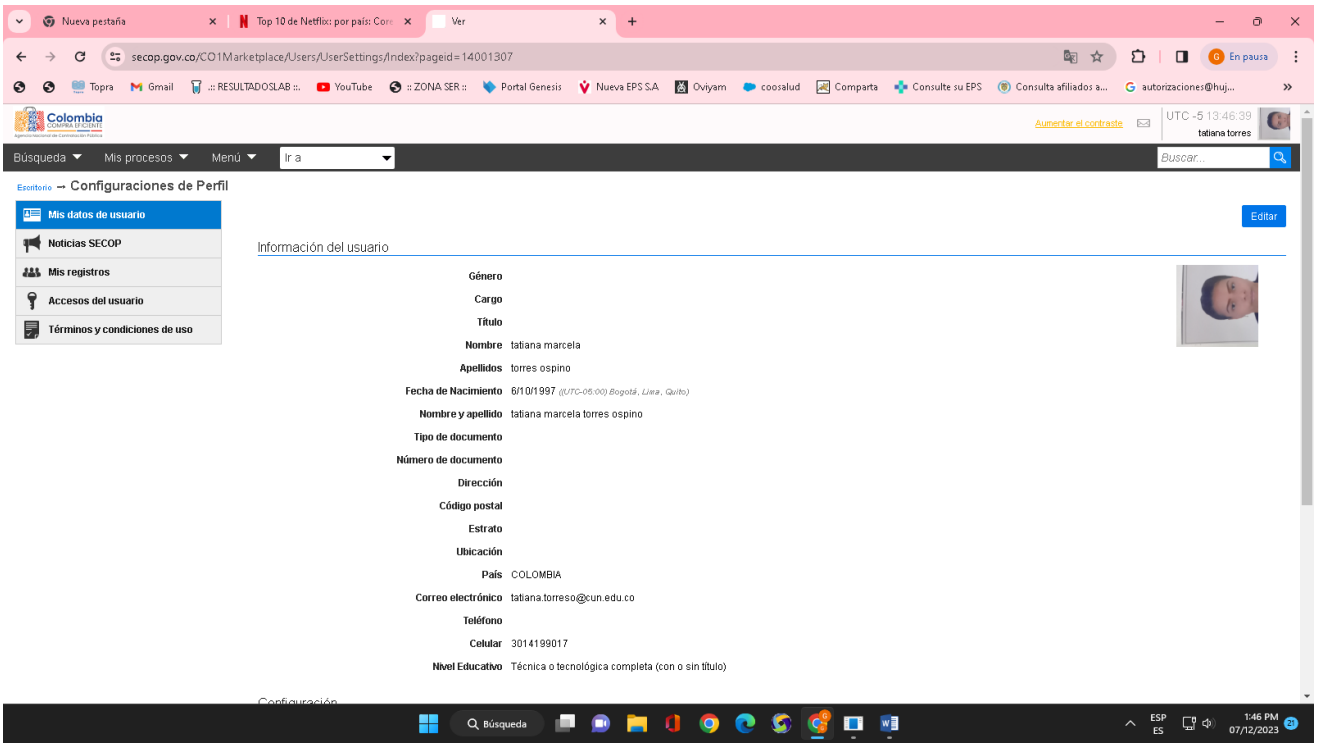
Yo TATIANA MARCELA TORRES, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.193.516.074 expedida en Plato Magdalena, me dirijo a usted con el fin de ofrecerle mis servicios como APOYO ADMINISTRATIVO, en el Área de Facturación, Scanner, para desarrollar todas las actividades administrativas que se me sean asignadas por la empresa o jefe inmediato.

Cordialmente:



TATIANA MARCELA TORRES OPINO

CC. 1.193.516.074 Plato Magdalena


Nueva pestaña
Top 10 de Netflix: por país: Com
Ver
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307
En pausa
Topra
Gmail
:: RESULTADOSLAB ::.
YouTube
:: ZONA SER ::
Portal Genesis
Nueva EPS S.A
Oviyam
coosalud
Comparta
Consulte su EPS
Consulta afiliados a...
autorizaciones@huj...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 13:46:39
tatiana torres
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Editar
Información del usuario
Género
Cargo
Título
Nombre tatiana marcela
Apellidos torres ospino
Fecha de Nacimiento 6/10/1997 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido tatiana marcela torres ospino
Tipo de documento
Número de documento
Dirección
Código postal
Estrato
Ubicación
País COLOMBIA
Correo electrónico tatiana.torreso@cun.edu.co
Teléfono
Celular 3014199017
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Configuración
Búsqueda
ESP
ES
1:46 PM
07/12/2023

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14894625901

(415)7707212489984(8020) 000001489462590 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 9 3 5 1 6 0 7 4	2	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 1 9 3 5 1 6 0 7 4	2 0 1 6 0 1 1 3

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	OSPINO	TATIANA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Plato 5 5 5

41. Dirección principal
CL 8 H N 30 A 11 BRR DIECISIETE DICIEMBRE

42. Correo electrónico tatymarce22@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 4 1 9 9 0 1 7	

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
7 0 1 0	2 0 2 1 1 1 1 8	8 2 9 9	2 0 2 2 0 8 0 1			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 08 / 11 : 14: 39

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 TORRES OSPINO TATIANA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
Torres	Ospino	Tatiana Marcela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1193516074	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 06 MES 10 AÑO 1997	CALLE 8H BIS 30A 11 17 diciembre			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	PLATO	TELÉFONO		EMAIL	tatymarce22@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	5		X	ADMINISTRACION DE EMPRESAS			

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 3014199017	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	08	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* ARE DE FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	3

FORMATO ÚNICO

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 __ 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 05-Diciembre-2023

Tatiana Tomás

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 Agroambiental
"Luis Carlos Galán Sarmiento

Plato - Magdalena

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No 1264 de Diciembre 28 de 2012.
DANE. 247555000001 - NIT. 819.000.972-5

Confiere a:

Tatiana Marcela Torres Ospino

Identificado(a) con *T.I* No. *1.193.516.074* de *Plato - Magdalena*

El Título de:

Bachiller Técnico

Especialidad: Producción Acuícola

Por cursar y aprobar los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media y haber cumplido con los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional

Rector

Edilsa López C.
Secretaria

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 02 Folio No. 27 Acta No. 30

Dado en Plato Magdalena, a los 18 días del mes de Diciembre de 2014

No requiere Registro según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
Institución Educativa Departamental Agroambiental
"LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO"
Resolución No 0531 de 07 de diciembre de 2020.
DANE. 247555000001 NIT. 819.000.972-5
Plato – Magdalena.

COPIA ACTA INDIVIDUAL DE GRADUCIÓN

En la ciudad de Plato Magdalena, a los dieciocho (18) día del mes de diciembre del año 2014, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los (as) suscritos (as) Rector(a) y Secretario (a) en la Rectoría de la

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL AGROAMBIENTAL "LUÍS CARLOS GALAN SARMIENTO"

Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el TÍTULO de **BACHILLER TÉCNICO CON ESPECIALIDAD AGROAMBIENTAL**, según Resolución No. 0917 de 10 de diciembre de 2021.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER TÉCNICO AGROPECUARIO**, según Resolución de Aprobación de ese año No. 1264 de 28 de diciembre de 2012, al graduando cuyo nombre, apellido y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

Tatiana Marcela Torres Ospino

Identificado con C.C. # 1.193.516.074 de Plato Magdalena.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 30 de fecha 18 de diciembre de 2014, que consta de 93 estudiantes que comienza con el nombre de Luís Alfredo Acuña Martínez, y se cierra con el nombre de Álvaro Javier Visbal Chamorro, firmada por Nicanor José Cantillo García, Rector y Edilsa López Castro, Secretaria.....

OBSERVACIÓN: La presente copia del Acta, se expide a solicitud de la parte interesada, apoyados en el acompañamiento y seguimiento realizado durante este período por parte del suscrito y corresponde al libro de Registro de Actas # 1, folio 83, de esta Institución Educativa...

Para constancia se firma en Plato Magdalena, a los 07 días del mes de julio de 2022....

LIC. NICANOR JOSÉ CANTILLO GARCÍA
C.C. 12.593.616 de Plato
Rector
Cel. # 3162444692

Corporación Unificada Nacional de Educación Superior

La suscrita Líder de Registro y Control de la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior (CUN)

Nit. 860401734-9

CB - 1805951

CERTIFICA:

Que **TORRES OSPINO TATIANA MARCELA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1193516074**, se encuentra cursando en el periodo académico **2023A**, veinte (20) créditos académicos correspondientes al **QUINTO** semestre nivelatorio del programa **TÉCNICA PROFESIONAL EN PROCESOS ADMINISTRATIVOS**, jornada diurna en la modalidad presencial, sede Santa Marta

Que según calendario académico, el período académico del año **2023A**, dio inicio el seis (06) de febrero del 2023 y finaliza el tres (03) de junio del 2023.

Que el programa anteriormente mencionado, hace parte del Programa Profesional por ciclos propedéuticos en **ADMINISTRACION DE EMPRESAS**

Que en virtud de la resolución No 6218 del 23 de diciembre de 2005, expedida por el Ministerio de Educación Nacional, la CUN obtiene su redefinición institucional, quedando facultada para ofrecer formación en educación superior por ciclos propedéuticos (Técnico Profesional, Tecnológico y Profesional Universitario).

La presente certificación se expide por solicitud de la interesada en la ciudad de Bogotá D.C., a los ocho (08) días del mes de febrero de dos mil veintitrés (2023).

FIN DEL DOCUMENTO

NYDIA YINNETH MORENO SOLER
Líder de Registro y Control

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **31/01/2023 09:00:00** Cargo **TECNICO ADMINISTRATIVO**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **TATIANA MARCELA TORRES OSPINO**

Doc. Identidad **CC 1193516074** Edad **25 Años** Género **Femenino**

Dirección **CL 8 #30-11** Teléfono **3014199017**

Escolaridad **Básica Secundaria (Bachillerato Básico)**

Eps **MUTUAL SER**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS
EJERCICIOS FUNCIONALES.

-- DEBE SEGUIR LA SIGUIENTE RECOMENDACION: REPORTAR SINTOMAS RESPIRATORIOS Y SIGNOS DE ALARMA AL COORDINADOR INMEDIATO, COORDINADOR DE SST O JEFE DE TALENTO HUMANO.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2.022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI (X)	NO ( )	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI (X)	NO ( )

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: TATIANA MARCELA TORRES
CC: 1193516074
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA MARTA E.S.P.
NIT. 800.181.106-1

CERTIFICA QUE:

TATIANA MARCELA TORRES OSPINO
NIT: 1.193.516.074

Ejecutó un contrato con las siguientes características:

N° de contrato:	019
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICOS DE APOYO A LA GESTION PARA AYUDAR EN LAS ACTIVIDADES MISIONALES DE LA DIRECCIÓN DE ENERGIA Y ALUMBRADO PÚBLICO DE LA ESSMAR E.S.P
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Plazo inicial:	CUATRO (4) MESES
Plazo final:	CUATRO MESES (4) MESES
Fecha de inicio:	PRIMERO (1) DE MARZO DE 2023
Fecha de terminación:	TREINTA (30) DE JUNIO DE 2023
Valor inicial:	DIEZ MILLONES DE PESOS ($10.000.000) M/CTE
Estado del contrato**:	VALOR EJECUTADO 95% EN EJECUCIÓN
Datos del contacto:	LEONARDO GONZALEZ - DIRECTOR DE ALUMBRADO

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: 1). Cumplir y ejecutar cabalmente el objeto del presente contrato y a desarrollar las actividades especificas pactadas, a la luz de las disposiciones legales vigentes; 2). Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del contrato; 3). Presentar previo a cada pago, informes del cumplimiento de las obligaciones contractuales y, cinco (5) días posteriores a la terminación del contrato informe del mismo; 4). Entregar al supervisor del contrato previo a cada pago y para efectos de la expedición de la certificación del cumplimiento, los recibos de pago de aportes al sistema de Seguridad Social integral y ARL; 5). Cumplir con las demás instrucciones que le sean impartidas por el supervisor del contrato, que se deriven o tengan relación con la naturaleza del contrato, su objeto y obligaciones; 6). Responder por el pago de todos los impuesto, tasas, contribuciones o participaciones tanto en el ámbito Nacional, Departamental y Municipal que se causen debido a la suscripción, desarrollo, ejecución y liquidación del presente contrato; 7): adoptar las medidas de prevención y control para cumplir con el objeto del presente contrato; 8). Las que demás que se deriven de la naturaleza del contrato.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA: Constituyen las principales obligaciones para el CONTRATISTA, además de las obligaciones de orden legal, deberá cumplir con aquellas que se deriven del objeto contratado y en especial de las siguientes: 1 Realizar acompañamiento técnico en las encuestas de nivel de satisfacción de los usuarios del SALP vía telefónica. 2. Compilar, digitalizar y archivar los informes de actividades presentados por los supervisores de la unidad. 3. Apoyar la compilación, digitalización y archivo de la correspondencia de la unidad de energía y alumbrado

público. 4. Prestar servicios asistenciales en lo que la Dirección de Energía y Alumbrado Público requiera en el marco de sus actividades misionales. 6). Cumplir con todas las obligaciones de seguridad y salud en el trabajo SST encomendadas por la ESSMAR E.S.P. 7. Demas acciones requeridas por su supervisor siempre y cuando estas aseguren relación el objeto y naturaleza del contrato.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en la Ciudad de Santa Marta, el día (26) del mes de junio de 2023.

LEONARDO ENRIQUE GONZALEZ MARTÍNEZ
DIRECTOR DE ENERGÍA Y ALUMBRADO PÚBLICO ESSMAR E.S.P
Folio Oficio (0) Folio Anexo (0)

Proyecto: Ciro Gonzalez – T.A. Adscrito a la Dirección de Energía y Alumbrado Público ESSMAR E.S.P

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 **TATIANA MARCELA TORRES OSPINO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.193.516.074** expedida en Plato (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **CD20233352** de fecha 11 de agosto de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 16 de agosto al 30 de septiembre de 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).

2. No. **CD20234025** de fecha 06 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 11 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintitrés (23) días del mes de noviembre de 2023.

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

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
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 1193516074 **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 05/12/2023 05:21 PM

Código Verificación: **D9T2UKHCLN**

Válida hasta: **04/03/2024**

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	2023-06-29 17:21

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
TATIANA	MARCELA	TORRES	OSPINO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1193516074

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	PLATO

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:

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$5.080.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$5.080.000,00

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	$100.000,00

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:

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:

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **TORRES OSPINO TATIANA MARCELA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1193516074** 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:	**01/04/2019**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 05 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:

TATIANA MARCELA TORRES OSPINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.516.074**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 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 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
Santa Marta	Facturacion	08/14/2023

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo		
TATIANA MARCELA TORRES OSPINO	M	F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1193516074	PLATO	12-01-2016

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X								X	1		X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
0	0	1998	PLATO MAGDALENA	CALLE 8H #30A-11	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
TATYMARCE22@GMAIL.COM	3014199017	NO

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante	X	Independiente		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.	X		P.P		1193516074

2. DATOS LABORALES

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

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	Año	Es declarante?	SI		NO	

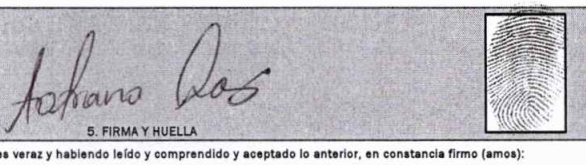
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene 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



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