En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ, Identificado con Cédula No. 1082876487 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: Ana Maria Lopez M

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/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 (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**.		
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**		
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.082.876.487**

LOPEZ MARTINEZ

APELLIDOS

ANA MARIA

NOMBRES

Ana Marra

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-NOV-2002**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-NOV-2020 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2100100-01181635-F-1082876487-20201124 **0072**558811A 1 8501037428

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082876487**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082876487	LOPEZ	MARTINEZ	ANA	MARIA	2022-06-16, 2:59 pm

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

El (la) suscrito(a) ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082876487 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 3 del mes de diciembre de 2023.

Firma Ana Maria Lopez M
Nombre ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ
Cédula 1082876487

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

Inglés español

Google Translate

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

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	Mujer
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	ANA MARIA
Apellidos	LOPEZ MARTINEZ
Fecha de Nacimiento	23/11/2002 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1082876487
Dirección	CALLE 32 No. 70-22 BARRIO 11 DE NOVIEMBRE
Código postal	47001
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	ANAMARIALOPEZMARTINEZ61@GMAIL.COM
Teléfono	
Celular	3215565148
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

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

Santa Marta 02 de diciembre de 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
L. C.

Cordial saludo,

A solicitud de su respetada institución, yo **ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ**, identificada con la C.C. 1.082.876.487, solicito a usted me permita ingresar como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, cumpliendo las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,

ANA LOPEZ M.

ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ
C.C. 1.082.876.487 DE SANTA MARTA.
CALLE 32 # 70 - 22 11 DE NOVIEMBRE
anamarialopezmartinez61@gmail.com
3215565148

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14833279897

(415)7707212489984(8020) 000001483327989 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 8 7 6 4 8 7	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 8 7 6 4 8 7	2 0 2 0 1 1 2 3

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	MARTINEZ	ANA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 32 70 22 BRR 11 DE NOVIEMBRE

42. Correo electrónico: Anamarialopezmartinez62@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 5 5 6 5 1 4 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 2 0 6 1 4							

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	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

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: 1 61. Fecha 2022 - 06 - 14 / 14 : 59: 48

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 ORTIZ ACOSTA DANIEL ALFONSO

985. Cargo Facilitador III

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
Lopez	Martinez	Ana Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082876487

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 23 MES 11 AÑO 2002

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

- CALLE 32 No. 70 - 22 BARRIO 11 DE NOVIEMBRE

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: anamarialopezmartinez61@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	11	AÑO	2019
										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 ANTERIOR											
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	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD		*DEPENDENCIA* AREA PSIQUIATRIA				*DIRECCIÓN* - CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES					

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	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	0

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

ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ

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

República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa Nuestra Señora del Carmen

Hatonuevo - La Guajira

Creada por la Secretaría de Educación del Departamento de La Guajira,
según Decreto 253 del 5 de Noviembre de 2002

Confiere a:

ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ

Identificado (a) con C.C. ó T.I. No. 1.082.876.487 DE HATONUEVO

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los grados de formación integral correspondientes al nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional

Rector (a)

Secretario (a)

Dado en Hatonuevo, La Guajira, a los 10 días del mes de Diciembre de 2019

Anotado al Libro de Registro No. 00 Folio No. 02 Diploma No. 36

Institución Educativa Nuestra Señora del Carmen

Nit.: 892115145-0 - Dane: 244078000577
Hatonuevo La Guajira

- Acta Individual de Grado -
Jornada Diurna

En la ciudad de **HATONUEVO**, **LA GUAJIRA**, a los **10** días del mes de **DICIEMBRE** del año **2019**, se reunieron, con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**, reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según **Decreto 253 del 5 de Noviembre de 2002**, para otorgar el título de bachiller en la modalidad **ACADÉMICA.** Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de **EDUCACIÓN MEDIA**, se procedió a otorgar el **TITULO** de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ
Identificado (a) con C.C. ó T.I. 1.082.876.487 DE HATONUEVO

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. **039** de fecha **10 DE DICIEMBRE DE 2019** que consta de **78** alumnos graduados, comienza con el nombre de **LINA LUZ AMAYA ORTIZ** y se cierra con el nombre de **ORILSI DIMARIS VISBAL MOLINA**,

Firmada y sellada por la **JOSE GABRIEL CANTILLO NAVARRO** , Rector y **MARILUZ PINTO ZARATE**, Secretaria.

Dado en Hatonuevo, La Guajira a los (10) días del mes de Diciembre del año 2019 el Diploma y el Acta individual de grado están exentos del Registro en la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, emanado del Ministerio de Educación Nacional.

JOSE GABRIEL CANTILLO NAVARRO
C.C. No. 12.562.865 de Santa Marta
Rector

MARILUZ PINTO ZARATE
C.C. 26.986.826 de Barrancas
Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA -SS- "ASMEMAG"

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0508 y Registro de Programa según Resolución No. 1094, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 00217 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN

AUXILIAR EN ENFERMERÍA A:

ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 1.082.876.487

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1600 horas.

Dado en Santa Marta, a los Veintinueve (29) Días del mes de Octubre del año 2021.

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 74 Registro 32 del Libro de Actas 0003

ASMEMAG

Corporación ASMEDAS Magdalena –SS-

Nit: 900258910-0

Acta De Certificación Individual No. 043

En la ciudad de Santa Marta, a los Veintinueve (29) días del mes de Octubre del año Dos Mil veintiuno (2021) se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes de los programas **AUXILIAR EN ENFERMERÍA, AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD**, el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA –SS- "ASMEMAG"**, Institución con licencia de funcionamiento según Resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010 y Registros de Programas según Resolución número 1094 del 12 de Diciembre del 2016, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo número 00217 del 30 de Agosto de 2016 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA** al estudiante cuyos nombres, apellidos e identificación se relacionan a continuación:

ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ

Documento de Identidad No. 1.082.876.487

Es fiel copia del acta original No. 043, de fecha 29 de Octubre del año 2021 e inicia con los apellidos y nombres de **AGUDELO ARBOLEDA JUAN DIEGO** y culmina con los apellidos y nombres de **PACHECO GUERRERO SULEIDY.**

Firmado y sellado por **MANUEL DEL PRADO BRITO**, Director y **KATERINE GUTIERREZ DAZA**, Secretaria General.

Dado en Santa Marta D.T.C.H., a los Veintinueve (29) días del mes de Octubre del año Dos Mil Veintiuno (2021).

Firmado y Sellado

MANUEL DEL PRADO BRITO
Director

KATERINE GUTIERREZ DAZA
Secretaria General

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
FECHA Folios: NRO FOLIOS:
Origen: ORIGEN
Destinatario: DIRECTIN@TARIO
R@QTKADO

RESOLUCIÓN No. 47 2898 **DE** 04 NOV 2021

Por la cual se registra un titulo
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) **ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.876.487, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** según CERTIFICADO, el cual le fue otorgado por LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA - SS - "ASMEMAG", con Acta de Certificación Individual No. 043 del 29 de octubre de 2021.

Que con la solicitud el (la) señor (a) ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el (la) señor (a) ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta y funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano y se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.876.487, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 04 NOV 2021

DIANA ESTHER CELEDÓN SANCHEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	Piedad De La Hoz Orozco	Profesional Universitario.	
Elaboró	Cristian D Mosquera Ojeda	Profesional Universitario.	

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presentamos para su firma.

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1082876487

Primer Nombre

ANA

Primer Apellido

LOPEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6315

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-02→9:50:25 AM -2023-12-02→10:27:00 AM -2023-12-02→11:26:36 AM -2023-12-02→12:11:46 PM -2023-12-02→1:20:25 PM -2023-12-02→1:36:49 PM -2023-12-02→2:53:48 PM -2023-12-02→3:12:47 PM -2023-12-02→4:35:39 PM -2023-12-02→5:03:28 PM -2023-12-02→6:19:35 PM -2023-12-02→10:00:32 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1082876487	ANA	MARIA	LOPEZ	MARTINEZ	Vigente

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) ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ identificado(a) con CC 1082876487 registra La siguiente información:

2023-12-02→10:00:32 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	2021-11-04	472898	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ

C.C. 1.082.876.487

por haber asistido y aprobado el curso:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género.

Realizado en modalidad virtual, **del 13 al 16 de Mayo de 2022.**
con una intensidad académica de **40 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019, y lo exigido en la Ley 1146 del 2007 y Res. 0459

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

Regina Ortega Gual
PSICOLOGA

Alfredo Bolvar Tavera
MÉDICO PERITO

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ

C.C. 1.082.876.487

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA - SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Realizado en modalidad virtual, **del día 13 al 15 de Mayo de 2022.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2015/2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ

C.C. 1.082.876.487

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA - SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado en modalidad virtual, **del día 13 al 15 de Mayo de 2022.**
con una intensidad académica de **48 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2015/2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 Y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

ACESS

Otorga el presente certificado a

ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ

C.C. 1.082.876.487

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

Gestión del Duelo

Realizado en modalidad virtual, **los días 17 y 20 de Junio de 2022.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ

C.C. 1082876487

Por haber asistido y aprobado el curso:

HAZMAT MEDICO

ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472

Realizado en modalidad virtual del **8 al 10 de Julio del 2022**.
con una intensidad horaria de **40 horas**.

El curso cumple con lo exigido por la Res. 3100 del 2019, bajo estándares internacionales NFPA 472.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

JUAN BAUTISTA CONTRERAS BRITTO

CERTIFICADO LABORAL

FECHA	09/06/2022
CIUDAD	STA MTA
LUGAR DE REALIZACION	SANTA MARTA
NOMBRE	ANA MARIA LOPEZMARTINEZ
C.C.	1.082.876.487

MOTIVO DE EVALUACION: EXAMEN MEDICO PARA INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

INGRESO	X	PERIODICO		RETIRO	TRABAJO ALTURAS:

NOMBRE DE LA EMPRESA: PARTICULAR

CARGO U OFICIO A DESEMPEÑAR: AUX DE ENFERMERIA

CONCEPTO: NO TIENE CONTRAINDICACIÓN PARA EL CARGO

DIAGNOSTICO: EXAMEN FISICO NORMAL

APTO: X NO APTO

APTO CON RESTRICCIONES:

Recomendaciones: Estilos de vida saludables.

APLAZADO POR

EXAMENES NORMALES

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE MEDICO: JUAN BAUTISTA CONTRERAS BRITTO

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Resolución: 0629 DE 05/04/2017

RM 864 SSD

NOTA: Autorizo para que esta información sea diligenciada por Juan Contreras Britto, custodie mi historia clinica y suministre el cenificado

2022-005

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 1082923278 **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 03/12/2023 11:58 AM

Código Verificación: **TYMW861ZJU**

Válida hasta: **02/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: ANA MARIA

Apellidos: LOPEZ MARTINEZ

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1082876487

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 11 Año 2002

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	23-04-21	2338b2ff	[illegible]
	2	15-06-22	2831b21k	[illegible]
	3		15112122	
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunad
Hepatitis B	1	22-4-21	UFX18008	[illegible]
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20-12-20	V500L008	[illegible]
Otras	INFLUENZA	16-6-22	V1022004	[illegible]

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	OTRO	Fecha de publicación	2023-09-15 14:45

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANA	MARIA	LOPEZ	MARTINEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082876487

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1082923278
NOMBRES Y APELLIDOS	Granados Buendia,Manuel De Jesus
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Granados Buendia,Manuel De Jesus, a los 03 días del mes de diciembre del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA MARIA LOPEZ MARTINEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1082876487,** se encuentra afiliado/a desde **15/06/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	UNIDAD FUNCIONAL PSIQUIATRIA Y REHABILITACIÓN	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo			
Ana maria lopez martinez	M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082876487	Santa marta	23/11/2020

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		0			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
23	11	2022	Santa marta	Cll 32 # 70-22 11 de noviembre	Santa marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
anamarialopezmartinez61@gmail.com	3215565148	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			X	8	6	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxiliar Enfermería	Actividades de hospitales y clínicas, con internación

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
E.S.E HOSPITAL UNIVER JULIO MENDEZ B	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 15 No 23-42	SANTA MARTA	LIS ALCÁZARES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $ 1.800.000	Total Egresos mensules $ 1.500.000
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	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:

HONORARIOS

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:
___HONORARIOS_____ 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



Ana López

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):

Scanned by TapScanner