E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Gloria María Castro Florez. Identificado con Cédula No. 63471302 y Profesión Medico **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: **https://sijl.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/**	✓	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **63.471.302**

CASTRO FLOREZ

APELLIDOS

GLORIA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1978**

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-MAR-1996 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00484720-F-0063471302-20131003 **0035**262291A 1 4442568863

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **63471302**

Resultados encontrados:

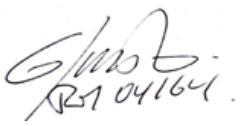
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	63471302	CASTRO	FLOREZ	GLORIA	MARIA	05/09/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El(la) suscrito(a) **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ** identificado con C.C./C.E./P.P No. **63471301** expedida en **Barrancabermeja**, 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 **05** del mes de **Diciembre** de 2023.



Firma _____
Nombre **GLORIA MARIA CASTRO FLÓREZ**
Cédula **63471302**

COPIA CONTROLADA

Volver | **Últimas modificaciones** | **Todos** | Seleccione

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
4303705	CD20234537	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	26 días de tiempo transcurrido *(9/11/2023 7:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	25 días para terminar *(31/12/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ	10.000.000 COP	En ejecución	Detalle
4241098	CD20233766	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	7/10/2023 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/10/2023 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ	5.000.000 COP	En ejecución	Detalle
4038029	CD20232785	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	6/07/2023 11:22:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/09/2023 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ	15.000.000 COP	En ejecución	Detalle
3623817	CD20231530	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	6/03/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/06/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ	20.000.000 COP	En ejecución	Detalle
3300223	CD20230190	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	10/01/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	28/02/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ	10.000.000 COP	En ejecución	Detalle

Ver más

Cambiar el estilo de paginación

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

Santa Marta 01/02/2024

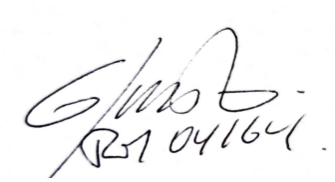
Dr. German Vargas Mosquera
Gerente
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE HUJMB.

Propuesta de servicios

Por medio del presente medio yo **Gloria Maria Castro Florez** Identificada con **CC 63.471.302 de B/bermeja** ,me permito Ofrecerles mis Servicios como Medico General para laborar en el HUJMB

PERFIL PROFESIONAL
Soy Medico egresada de la Universidad de Manizales desde el 25 de julio de 2008 ,con, Amplia experiencia Tanto en el Servicio de Urgencias como en Realizar Acciones de promoción de la salud ,prevención y tratamiento de las personas y grupos con problemas de salud , formada para ejercer como un Médico integral capacitada para resolver los problemas más frecuentes de la salud de la población colombiana desde los aspectos biológicos, Psicosociales ,excelente formación clínica y buenas relaciones interpersonales

Agradeciendo su Valiosa Atención, quedo atenta a su LLamado con Disponibilidad para laborar Inmediata en las jornadas de tardes y noches
Cordialmente



Gloria Maria astro Florez
CC 63.471.302
RM: 04164
Direccion cra 62 N. 30-110 villa italia cabaña 7
gloriamariacastro78@gmail.com
cel. 3167787928

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14882578785

(415)7707212489984(8020) 000001488257878 5

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Barrancabermeja 0 8 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	FLOREZ	GLORIA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA	

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 62 30 110

42. Correo electrónico: gloriamariacastro78@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 4 7	3 1 6 7 7 8 7 9 2 8	

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
8 6 2 1 / 2 0 0 9 0 5 0 4	7 4 9 0 / 2 0 0 9 0 5 0 4	4 7 7 3 /	1 4 1 9	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	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 2022 - 12 - 12 / 12 : 16: 41

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 CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 2 de 2 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14882578785

(415)7707212489984(8020) 000001488257878 5

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo terapéutico 8 6 9 2	
162. Nombre del establecimiento: CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA		
163. Departamento: Caldas 1 7	164. Ciudad/Municipio: Manizales 0 0 1	
165. Dirección: CR 13 16 47		
166. Número de matrícula mercantil: 9 7 2 1 5	167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 0 3 0 5 1 9	
168. Teléfono: 6 1 0 3 0 8 2	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Castro	Florez	Gloria Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 63471302	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES 01 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BARRANCABERMEJA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 62 null null N. 30 - 110

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL gloriamariacastro78@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1994
										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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	2008	684164

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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO 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 4365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIA MEDICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 null null N.23-42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BARRANCABERMEJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAGDALENA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2008	*Día*	01	*Mes*	03	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

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	5	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	7

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 _____



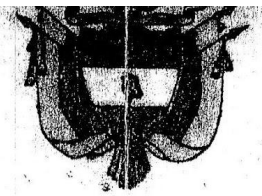
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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 Republica de Colombia
y en su nombre

El Colegio Integrado Santo Tomás

Barrancabermeja

Aprobado por la Gobernación de Santander, según
Resolución No. 5603 de Octubre 16 de 1990

Confiere a

Gloria María Castro Flórez

T.I. 780112-10278 de Barrancabermeja

El Título de

Bachiller en Ciencias

Modalidad: Ciencias Naturales

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

Cód._____

Folio _____ Libro de Registro del Colegio No. _____

Dado en Barrancabermeja, a ___ de _____ 199 ____

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

PERTENENCIA - EFICIENCIA - TRANSPARENCIA

Acta de Grado

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

ACTA DE GRADO No. 14201

FACULTAD DE MEDICINA

En la ciudad de Manizales a los veinticinco (25) días del mes de julio del año dos mil ocho (2008), **LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES**, realizó Ceremonia de Grado presidida por el señor Rector, el Secretario General, el Vicerrector Académico y el Decano de la Facultad, con el fin de conferir el título de **MÉDICO(A)** al egresado(a) **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 63.471.302 expedida en Barrancabermeja. La Rectoría de conformidad con la Resolución No. 064 del 11 de julio de 2008, aprobó el otorgamiento del título.

Tomado el juramento de rigor, el señor Rector le hizo entrega del DIPLOMA registrado en el folio No. 530 libro No. 7.

El graduado(a) cumplió con todos los requisitos legales, estatutarios y reglamentarios de la UNIVERSIDAD.

Se firma la presente Acta en la ciudad de Manizales, a los veinticinco (25) días del mes de julio del año dos mil ocho (2008).

HUGO SALAZAR GARCIA
Rector

OSCAR CASTAÑO VALENCIA
Decano

CESAR HOYOS HERRERA
Vicerrector Académico

CÉSAR AUGUSTO BOTERO MUÑOZ
Secretario General

Emperatriz A

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

En nombre de la República de Colombia,
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional

La
Universidad de Manizales

Reconocida por Resolución N° 2317 del 7 de abril de 1992

confiere a:

Gloria María Castro Florez

Identificado(a) con C.C. 63.471.302 de Barrancabermeja

el título de:

MÉDICA

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente diploma
en la ciudad de Manizales, Caldas, a los 25 días del mes de julio de 2008

Rector de la Universidad | Decano de la Facultad | Vicerrector Académico | Secretario General

Registrado al folio 530 del Libro de Diplomas N° E
Manizales, 21 de Julio de 2008

14201
Registrado Secretaría General
Universidad de Manizales

República de Colombia

Gobernación de Santander

RESOLUCION	Código: DS-RG-01.5.0.0-27-06	Fecha: 29/12/06	Versión: 2	Pág. ___ de ___

RESOLUCION No. 004164

15 ABR 2009

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de las atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 001875 de Agosto 3 de 1994,y.

CONSIDERANDO

Que GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ identificado (a) con la Cédula de ciudadanía No.63.471.302 expedida en BARRANCABERMEJA , ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como: MEDICA .

Título que le otorgó, LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES , el 25 DE JULIO DE 2008.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA LTDA. BARRANCABERMEJA desde 01 DE SEPTIEMBRE DE 2008 hasta el 01 DE MARZO DE 2009.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a, GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 63.471.302, de BARRANCABERMEJA , para ejercer la profesión de MEDICA , en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

15 ABR 2009

LUIS ERNESTO GARCIA VARGAS
Secretario de Salud Departamental

Proyectó: ANA VICTORIA MERCHAN CACERES
Revisó : VICTOR GUILLERMO TABOADA ACUÑA

República de Colombia

Gobernación de Santander

RESOLUCION	Código: DS-RS-01.5.0.0-06-06	Fecha: 25/05/07	Versión: 2	Pág. ___ de___

RESOLUCION NÚMERO 13066 **DE** 28 OCT 2008

Por la cual se causa novedad del Servicio Social Obligatorio

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

En uso de sus facultades legales, y en especial las que le confiere el Decreto 0182 *del 19 de agosto de 2008*

RESUELVE

ARTICULO ÙNICO: Confirmar el nombramiento de **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ,** identificada con Cédula de Ciudadanía Número 63.471.302 de Barrancabermeja, con Acta de Grado Nº 14201 del 25 de julio de 2008, de la **UNIVERSIDAD DE MANIZALEZ** , en el cargo de **MEDICO ,** Servicio Social Obligatorio en la **UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA LTDA.- BARRANCABERMEJA - SANTANDER** a partir del 01 de septiembre de 2008, *según Contrato Individual de Trabajo a término fijo del 01 de septiembre de 2008 y demás* documentos soportes.

Formulario No.0016 Ordinal 32 –M de marzo 10 de 2008

Expedida en Bucaramanga, a los 28 OCT 2008

LUIS ERNESTO GARCIA VARGAS
Secretario de Salud Departamental

Proyecto: Ninfa Isabel La Rotta de Herrera
Profesional Universitario/Div. Apoyo Adtivo. Institucional

Elaboro, Reviso: Cecilia Meléndez D.

07.0.3.1.174.09

Bucaramanga, 25 de Marzo de 2009

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA ADSCRITA A LA DIVISIÓN APOYO ADMINISTRATIVO INSTITUCIONAL DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

HACEN CONSTAR

Que mediante Resolución No 13066 del 28 de Octubre de 2008, se confirmó el nombramiento de **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 63.471.302 de Barrancabermeja, en el cargo de **MEDICO,** en la **UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA LTDA. - - BARRANCABERMEJA – SANTANDER** a partir del 01 de Septiembre de 2008 hasta el 01 de Marzo de 2009 según Contrato Individual de Trabajo a Termino Fijo No. 17558899 de 01 de Septiembre de 2008, en cumplimiento del Servicio Social Obligatorio,.

Que el cargo y localidad mencionados son aprobados por la Secretaria de Salud Departamental, según Formulario Nº 0016 Ordinal 32 -M de Marzo 10 de 2008.

Se adhiere y anulan estampillas de Pro-Hospitales $1.700.oo, Pro-Cultura $1.700.oo, Pro-Electrificación $ 800.oo, Pro-Desarrollo $ 700.oo, Pro-Anciano $ 700.oo, según recibo oficial Nº 90331349

Se expide a petición del interesado para trámite del Registro del Diploma

NINFA ISABEL LA ROTTA DE HERRERA

Elaboró, reviso: Cecilia Meléndez D.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

EL LIDER DE PROGRAMA DE LA DIVISION DE ACREDITACION VIGILANCIA Y CONTROL

C E R T I F I C A:

Que GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ identificado (a) con cédula de ciudadanía número 63.471.302 expedida en BARRANCABERMEJA se encuentra registrado según Resolución No. 04164, de 15 DE ABRIL DE 2009, emanada de SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER la cual autoriza el ejercicio de la profesión en todo el Territorio Nacional.

Inscrito (a) ante esta Secretaria bajo el No. 03, folio 17, libro No. 20 de MEDICA fecha de inscripción 23 DE ABRIL DE 2009.

Se adhieren y se anulan estampillas correspondientes a este concepto.

Expedida en Bucaramanga a los 23 DE ABRIL DE 2009.

VICTOR GUILLERMO TABOADA ACUÑA

Proyectó: ANA VICTORIA MERCHAN CACERES

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C6347130200156586

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ**, identificado(a) con C.C. No. 63471302 y T.P. o R.M. No. 04164/2009 del(a) Secretaría Seccional de Salud del Magdalena, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 06 diciembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 6 1 7

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 63.471.302 expedida en Barrancabermeja - Santander, solicitó ante esta Secretaria la **INSCRIPCIÓN** de su titulo de **MEDICA** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES** de Manizales - Caldas, según Acta de Grado No. 14201 del 25 de Julio de 2008 y Diploma Registrado en el Libro de Diplomas No. 7 Folio No. 530 y quien presenta Resolución de Autorización del Ejercicio Profesional No. 04164 expedida por la Secretaria de Salud Departamental de Santander el 15 de Abril de 2009.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Inscribir a **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 63.471.302 expedida en Barrancabermeja – Santander, para ejercer la profesión de **MEDICA** en el Departamento del Magdalena.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 18 MAY 2011

STEVENSON MARULANDA PLATA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado por Germán Navarro C. – Administrador de Empresas

Revisó: Andrea Palacios Polania Profesional Especializado

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

.1372

Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.
68 4164/2009

Profesión u Ocupación
MÉDICO

Nombres y Apellidos
CASTRO FLOREZ GLORIA MARIA

C.C. o C.E.
CC 63471302

De
BARRANCABERMEJA

Institución de Educación
U. DE MANIZALES

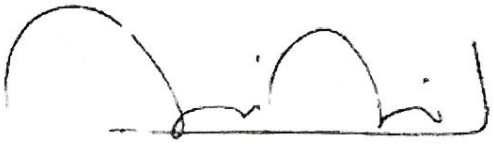
Ciudad
MANIZALES

Código 64132/68

Fecha de Expedición 09/11/10

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

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 *: 63471302

Primer Nombre: gloria

Primer Apellido: castro

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3857

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-06→8:19:07 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	63471302	GLORIA	MARIA	CASTRO	FLOREZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ identificado(a) con CC 63471302 registra La siguiente información:

2023-12-06→8:19:07 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2009-04-15	4164	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones



MAPFRE

¡Bienvenido a tu póliza con MAPFRE!

Estimado,
CASTRO FLOREZ GLORIA

¡Nos encanta tenerte como miembro de la familia de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.

Revisa por favor los siguientes enlaces:

[redacted]

Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciend[redacted]

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

REYES VILLAMIZAR OSWALDO ENRIQUE
Móvil: 4305080
Email: OSWALDOREYESMAPFRE@HOTMAIL.COM

No olvides ingresar a clientes.mapfre.com.co para registrarte en la [redacted] plataforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a [redacted] para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y síguenos en nuestras redes para estar al tanto de novendades, tips, eventos:

[redacted] @mapfreco [redacted] @MAPFRE_CO [redacted] @MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.
Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

R+C MÉDICA MAPFRE

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME

R/C MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

INICIACIÓN
Polizá No 1203224000001
Ref.31646590419
Copia

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	SANTA MARTA	CARRERA 4 NO. 24 - 72 LOCAL 2 Y 3	SANTA MARTA

TOMADOR CASTRO FLOREZ GLORIA	**NIT / CC** 63471302	**DIRECCIÓN** KR 62 # 30 - 110	**CIUDAD** SANTA MARTA	**TELEFONO**
ASEGURADO CASTRO FLOREZ GLORIA	**NIT / CC** 63471302	**DIRECCIÓN** KR 62 # 30 - 110	**CIUDAD** SANTA MARTA	**TELEFONO**
ASEGURADO N.D.	**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO**
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO	**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO** N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
REYES VILLAMIZAR OSWALDO ENRIQUE	AGENTE INDEPENDIENTE	96287	4305080	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN		
DÍA	MES	AÑO
4	1	2024

VIGENCIA POLIZA						
	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS	
INICIACIÓN	00:00	4	1	2024	366	
TERMINACIÓN	00:00	4	1	2025		

VIGENCIA CERTIFICADO					
	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
INICIACIÓN	00:00	4	1	2024	366
TERMINACIÓN	00:00	4	1	2025	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	MEDICINA GENERAL
ESPECIALIDAD	MEDICINA GENERAL
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	MAGDALENA
CIUDAD	SANTA MARTA



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$250.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$100.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$250.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$250.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)

Profesionalmente ... Seguro

R/C



VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 169.795,00	$ 20.000,00	$ 189.795,00	$ 36.061,00	$ 225.856,00

(415)7707289180029(8020)031646590419(3900)0000225856(96)20240104

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIR´Á LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

CLAUSULAS

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MEDICO DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

BÁSICO:

VALORES ASEGURADOS DE $25.000.000 A $125.000.000: 10% MÍNIMO $ 500.000

VALORES ASEGURADOS DE $150.000.000 A $1.500.000.000: 10% MÍNIMO $ 1.000.000

NO OPERA PARA GASTOS MÉDICOS

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS JUDICIALES Y DAÑOS MORALES: DEDUCIBLE DEL 10%

NO SE OTORGA

- EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

- R.C. EXTRACONTRACTUAL.

- BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

- RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

- ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

- R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

- LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

- PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN **5098** DE JUNIO **21** DE **2013**.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

CV-202207-MIVSG0021

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

GLORIA MARÍA CASTRO FLOREZ
C.C 63.471.302

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO INTEGRAL DE VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO (CÓDIGO GRIS)

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 18, 19 y 20 de julio de 2022, con una intensidad académica de 36 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **julio de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202207-BLS0032

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

GLORIA MARÍA CASTRO FLOREZ
C.C. 63.471.302

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE B.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 18, 19 y 20 de julio de 2022, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **julio de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202207-ACLS0019

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

GLORIA MARÍA CASTRO FLOREZ
C.C. 63.471.302

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE A.C.L.S. (ADVANCED CIRCULATION LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR AVANZADA

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 18, 19 y 20 de julio de 2022, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **julio de 2024**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ

C.C. 63.471.302

Por haber asistido y aprobado el curso:

formación continua en

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Realizado en modalidad virtual, **los días 8 al 10 de Marzo de 2021.**
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 SANTA MARTA

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

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg. EN02298083-2020

CERTIFICA QUE:

GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ

C.C. N° 63471302

ASISTIÓ AL CURSO DE:

GESTION DEL DUELO

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE VEINTICUATRO (24) HORAS ACADEMICAS.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, EL DIA 21 DE DICIEMBRE 2020.

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

CARLOS RAMREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ

C.C. 63,471,302

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"DONACIÓN Y TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 08 DE SEPTIEMBRE DE 2020
DURACIÓN 40 HORAS
TEMARIO: CONCEPTOS DONACION Y TRANSPLANTES, ABORDAJES BIOETICOS Y LEGALES, PROTOCOLO NACIONAL PARA DONACION, DONACION Y TRANSPLANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS.

LEY 1805 DEL 04 DE AGOSTO DEL 2016. DECRETO 2493 DEL 2004

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA

FECHA DE RENOVACION SEPTIEMBRE 2022

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GC

grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Grupo Colombiano de Emergencias
@Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en EL...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg.EN02297740 -2020

CERTIFICA QUE:

GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ

C.C. N° 63471302

ASISTIO AL CURSO TALLER DE:

ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE TREINTA (30) HORAS ACADEMICAS, BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR I.L.C.O.R., AMERICAN HEART ASSOCIATION Y EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 2015-2020
Y SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 DEL 25 DE NOVIEMBRE DEL 2019.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 15 DE DICIEMBRE 2020.

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

M.Sc. Dr. ISNIEL MUÑIZ PELÁEZ
INTENSI. EMERGENCIOL ANESTESIOLOGO

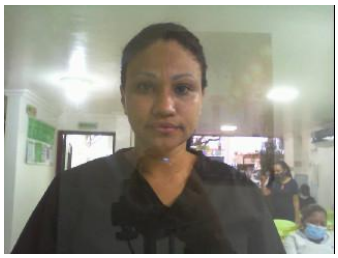
MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

!DOCTYPE html PUBLIC "-//W3C//DTD XHTML 1.0 Transitional//EN" "http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd">

A.I.S.O.M. LTDA.
ASISTENCIA INTEGRALEN MEDICINA DE TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900260832 – 0

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 10/Dic/2020, **Hora:** 07:45:49 a.m.
Apellido: Castro Florez **Nombre:** Gloria Maria
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 63471302
Empresa: Particular
Cargo: Medico
Lugar:
Direccion: Cra 66 N 48-100 Villa Italia
Telefono: **Celular:** 3167787928 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 74 Kg **Estatura:** 166 Cm **IMC:** 26.8 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Positiva **AFP:** Colpensiones

HC: # 62034
Edad: 42 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 12/Ene/1978
Rh: A+

.

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
.
Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Gloria Maria Castro Florez
CC 63471302

Huella Digital

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche E.S.E.

CLAUSULAS ADICIONALES

En Santa Marta, Entre los suscritos, **GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA**, Mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía Nº 84.458.523 de santa marta (Magdalena), domiciliado y residenciado en la en la misma ciudad, en su calidad de Gerente Encargado, mediante decreto 211 del 23 de mayo de 2023 de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE, identificado con el NIT. N.º 891.780.185 – 2, creado mediante Decreto 377 del 23 de Diciembre de 2005, cuya denominación fue modificada mediante Ordenanza No. 084 del 03 de diciembre de 2018, facultado para contratar de conformidad con los establecido en el Acuerdo 009 de 2015, y demás modificaciones, por una parte y por la otra**, GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ** mayor de edad, identificada con cedula de ciudanía No. **63471302** , quien en adelante y para efectos del presente acuerdo de voluntades se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente documento de cláusulas adicionales, las cuales se entienden incorporadas al Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, ***suscrito por Firma electrónica en SECOP II, a través de mensajes de datos***:

1. OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
2. OBLIGACIONES:	"1. Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el subgerente científico de E.S.E. 2. Entrega de actividades dejando registro de la entrega de las novedades de los pacientes del servicio a cargo en el Formato correspondiente. 3. Realizar seguimiento de las actividades asistenciales y administrativas de los pacientes del servicio, dejando registro de esta actividad en el Formato correspondiente, con el fin de agilizar y optimizar los procesos. 4. Realizar registró en la historia clínica de evoluciones médicas, historia clínica de ingreso, epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclínicos, de imágenes diagnósticas y otros, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes. 5. En la evolución medica diaria debe evidenciarse y anotarse los cambios y/o avances en el diagnóstico y tratamiento, lo cual incluye la posibilidad de cambio en el diagnóstico. 6. Pasar revista diaria en las 3 jornadas y presentar cada paciente al especialista correspondiente. 7. Realizar seguimiento de la aplicación de hemoderivados con registro en la historia clínica con lo establecido en la norma vigente 15 minutos, transtransfucional y postranfucional. 8. Puede ser asignado para asistir a la ayudantía quirúrgica de los pacientes que así lo requieran. 9. Realización de solicitud de exámenes diagnósticos, remisiones e interconsultas, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes. 10. Apoyo en procedimientos medico quirúrgicos según solicitud del médico tratante. 11. Realización de actualización de resúmenes de historia clínica para las diferentes aseguradoras. 12. Apoyo en actividades administrativas de gestión de recursos del servicio. 13. Supervisión de las estancias prolongadas con el fin de agilizar el giro cama. 14. Realización de Certificados de defunción según solicitud del Líder o de la Subdirección Científica.

CLAUSULAS ADICIONALES

	15. Colaboración en reanimación cardio - cerebro pulmonar. 16. Colaboración en realización de indicadores de gestión. 17. Socializar y supervisar el reporte de los eventos adversos en el Formato correspondiente, realizar seguimiento y participar en la elaboración de los planes de mejoramiento respectivos. 18. Realización de formatos de justificación de medicamentos no POS según necesidad e indicación de los médicos tratantes. 19. Verificación de existencia de los soportes clínicos y administrativos de las Historias Clínicas. 20. Presentar informes según solicitud del supervisor del contrato o la Subdirección Científica. 21. Apoyar al supervisor del contrato en la gestión de los recursos humanos, físicos, técnicos, tecnológicos, logísticos y los suministros requeridos para la oportuna y eficiente prestación de los servicios. 22. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad. 23. Promover en la UFEN la cultura de los valores y principios éticos para garantizar transparencia en todos los actos y decisiones del proceso de atención. 24. Aportar a la E.S.E la hoja de vida y los documentos de identificación que le sean solicitados. 25. En caso de ser necesaria durante la atención de pacientes algún medicamento o servicio NO POS, deberá garantizar el correcto diligenciamiento y firma del respectivo formato de solicitud del servicio y/o medicamento. 26. Garantizar la presencia horas contratadas, para prestar sus servicios en el área que se les designe. 27. Atender a los pacientes en los turnos y en área asignada por la E.S.E. 28. Asistir y presentar los pacientes en la ronda Medico técnico-científica y Técnico- Administrativa que se realicen en el servicio correspondiente. 29. Realizar la revista médica diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evoluciones, órdenes médicas y ayudas diagnósticas, RIPS, Epicrisis, de los pacientes hospitalizados. 30. Responder por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. 31. Participar en las jornadas científicas y actividades académicas, de investigación que convoque el subgerente científico o la oficina de docencia de servicio de la E.S.E. en desarrollo de los convenios docente-asistencial suscritos o que suscriba la E.S.E. 32. Diligenciar la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen. 33. Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, independientemente del cumplimiento de los turnos asignados. 34. Resolver las objeciones y/o glosas a la prestación del servicio y contestarlas dentro de los cinco días siguientes a la notificación de las mismas; de igual forma en el caso que por acciones u omisiones de los

CLAUSULAS ADICIONALES

	médicos en su desempeño profesional generen glosas por parte de las EPS, EPSS y Entes territoriales o en su defecto sean detectadas durante el proceso de facturación que impida el cobro del servicio, estas serán repetidas en contra del contratista quien está en la obligación de tomar las medidas que considere pertinentes; en caso de no ser contestadas se entenderá por aceptadas la glosas y se procederá a descontarlo de su facturaron mensual. 35. Realizar las contrarreferencias, cuando a ello haya lugar, de acuerdo a las normas técnicas y guías de atención. 36. Los profesionales que prestaran el servicio deben contar con experticia en las áreas para las que sean asignados. 37. Cumplimiento en los turnos estipulados. 38. La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación del servicio médicos por incumplimiento en los turnos estipulados en la propuesta sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la orden que se genere. 39. Los costos de transporte y demás gastos ocasionados con la prestación del servicio en este proceso de contratación serán asumidos por el proponente y no tendrán un costo adicional al valor establecido en la propuesta. 40. Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad."
3. VALOR:	**QUINCE MILLONES DE PESOS ($ 15.000.000)**
4. FORMA DE PAGO:	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en **TRES (03)** pagos por valor de **CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000)** parciales, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
5. CDP:	N°. 1615
6. PLAZO:	Previa legalización del contrato sin exceder del 30 de septiembre de 2023.
7. SUPERVISOR:	La supervisión, control y vigilancia del contrato será ejercida por la **UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA,** o por quien designe el ordenador del gasto, quedando obligado EL CONTRATISTA a suministrarle toda la información que le sea solicitada para verificar el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones.
8. DERECHOS DEL CONTRATISTA	**a)** Tendrá derecho a recibir oportunamente la remuneración pactada en la cláusula del presente contrato y a que el valor intrínseco de la misma no se altere o modifique durante la vigencia del contrato. En consecuencia, tendrán derecho, previa solicitud, a que la administración les restablezca el equilibrio de la ecuación económica del contrato a un punto de no pérdida por la ocurrencia de situaciones imprevistas que no sean imputables a los contratistas. Si dicho equilibrio se rompe por incumplimiento de la entidad estatal contratante, tendrá que restablecerse la ecuación surgida al momento del nacimiento del contrato. **b)** Podrán acudir a las autoridades con el fin de obtener la protección de los

	derechos derivados del contrato y la sanción para quienes los desconozcan o vulneren.
9. DERECHOS DEL CONTRATANTE	Para la ejecución de los fines, se exigirá del CONTRATISTA **1.** la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. Igual exigencia podrá hacer al garante. **2.** Adelantará las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar. **3.** Solicitará la actualización o la revisión de los precios cuando se produzcan fenómenos que alteren en su contra el equilibrio económico o financiero del contrato. **4.** Adelantará las acciones conducentes a obtener la indemnización de los daños que sufran en desarrollo o con ocasión del contrato celebrado. **5.** Adoptará las medidas necesarias para mantener durante el desarrollo y ejecución del contrato las condiciones técnicas, económicas y financieras existentes al momento de proponer en los casos en que se hubiere realizado licitación o concurso, o de contratar en los casos de contratación directa. Para ello utilizarán los mecanismos de ajuste y revisión de precios, acudirán a los procedimientos de revisión y corrección de tales mecanismos si fracasan los supuestos o hipótesis para la ejecución y pactarán intereses moratorios. Sin perjuicio de la actualización o revisión de precios, en caso de no haberse pactado intereses moratorios, se aplicará la tasa equivalente al doble del interés legal civil sobre el valor histórico actualizado. **6.** Sin perjuicio del llamamiento en garantía, repetirá contra los servidores públicos, contra el contratista o los terceros responsables, según el caso, por las indemnizaciones que deban pagar como consecuencias de la actividad contractual. **7.** Actuará de tal modo que, por causas a ellas imputables, no sobrevenga una mayor onerosidad en el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista. Con este fin, en el menor tiempo posible, corregirán los desajustes que pudieren presentarse y acordarán los mecanismos y procedimientos pertinentes para precaver o solucionar rápida y eficazmente las diferencias o situaciones litigiosas que llegaren a presentarse.
10. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA	EL Contratista será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones que desarrolle en el ejercicio de las actividades del presente contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la administración o a terceros.
11. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE	Los honorarios, salarios y demás pagos de personal que **EL CONTRATISTA** vincule para el cumplimiento del objeto y las obligaciones del presente contrato, serán por cuenta y riesgo de EL CONTRATISTA, en consecuencia, **EL CONTRATANTE** queda exonerado de toda responsabilidad y gasto que se ocasiones por fuera del valor estipulado en el presente contrato.
12. TERMINACION, MODIFICACION E INTERPRETACION UNILATERAL DEL CONTRATO	La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el contrato, de acuerdo con los artículos 15 a 17 de la Ley 80 de 1993, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato
13. CADUCIDAD.	En virtud de esta cláusula, si se presentase alguno de los hechos constitutivos de incumplimiento de las obligaciones a cargo del Contratista previstas en el presente contrato, que afecte de manera grave y directa la ejecución del mismo y evidencie que puede conducir a su paralización, el

CLAUSULAS ADICIONALES

	Contratante aplicará el procedimiento dispuesto en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011.
14. MULTAS.	En caso de retardo o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables al Contratista; El Contratante podrá imponerle multas sucesivas, cuyo valor se liquidará con base en un uno por ciento (1%) del valor total del contrato, por cada día de retardo hasta por 15 días; o en un uno por ciento (1%) del valor estimado del Contrato, por cada situación o hecho constitutivo de incumplimiento parcial; según sea el caso. Las multas y/o sanciones se impondrán de conformidad con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007, artículo 17 y el procedimiento para su imposición se aplicará teniendo en cuenta la Ley 1474 de 2011, artículo 86**.**
15. CLAUSULA PENAL	En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, el Contratista pagará al Contratante a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause al Contratante. No obstante, el Contratante se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. Las multas y/o sanciones se impondrán de conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011. **PARÁGRAFO. APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES:** El valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria se tomará del saldo a favor del Contratista. Si esto último no fuere posible, se cobrará por vía ejecutiva; por lo que el Contratista con la suscripción del presente contrato autoriza de manera irrevocable al Contratante, a deducir de las sumas que le llegaren a adeudar por cualquier concepto el valor de las multas y sanciones pecuniarias que llegaren a imponerse.
16. GARANTÍAS Y MECANISMOS DE COBERTURA DEL RIESGO	Con fundamento en lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015, artículo 2.2.1.2.1.4.5, que señala: "*No obligatoriedad de garantías y la justificación para exigirlas o no debe estar en los Estudios y Documentos Previos"*, no se exigirán pólizas para el presente proceso de contratación.
17. CESIONES.	EL Contratista no podrá ceder este contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin el consentimiento previo y escrito del Contratante
18. INDEMNIDAD.	EL Contratista, se responsabiliza y asume por su cuenta y riesgo, y así mismo librará totalmente a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, de cualquier hecho que genere reclamaciones ya sean de carácter civil, penal, policivo, o de cualquier situación, hecho a causa originado por agentes humanos que puedan originar, suscitar o producir responsabilidad contractual o extra contractual derivada de la operación por ellos organizados; deberán mantener a la ESE, indemne y libre de toda perdida, daño y pago de todo reclamo, demandas, litigio, acción legal y reivindicación de cualquier especie y naturaleza que se entable o pueda entablarse contra de la ESE, por causa de acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA o empleados en la ejecución de sus obligaciones en el presente contrato.
19. CASO FORTUITO Y FUERZA MAYOR.	Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente contrato,

CLAUSULAS ADICIONALES

	cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana.
20. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	Las partes acuerdan someter a la decisión de la Procuraduría General de la Nación, las diferencias que puedan surgir por razón de la celebración del contrato y de su ejecución, desarrollo, terminación o liquidación.
21. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN	El presente contrato requiere para su perfeccionamiento de la firma de las partes, la expedición del registro presupuestal correspondiente y la suscripción del acta de inicio.
22. REGISTRO Y APROPIACIONES PRESUPUESTALES.	El valor del presente contrato, se pagará con cargo al presupuesto de la actual vigencia, según el CDP respectivo.
23. CONFIDENCIALIDAD.	En caso de que exista información sujeta a alguna reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial.
24. AUSENCIA DE PRESTACIONES.	Por el presente contrato, EL CONTRATISTA no adquiere vínculo laboral alguno con EL DEPARTAMENTO y es el único responsable de la prestación del servicio. En consecuencia, y de conformidad con lo preceptuado en el numeral 3º del artículo 32 de la Ley 80 de 1993, no tendrá derecho a reconocimiento de ningún otro emolumento distinto al pago del valor determinado en la Cláusula Tercera de este contrato.
25. AFILIACIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL.	Con el fin de dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo 282 de la Ley 100 de 1993, EL CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra afiliado a un sistema de pensión y salud. **PARÁGRAFO PRIMERO.** De conformidad con lo establecido en la Ley 797 de 2003 y en el Decreto 1703 de 2002, EL CONTRATISTA, deberá afiliarse de manera obligatoria al sistema de pensiones y salud, por un valor que deberá guardar relación con los ingresos efectivamente percibidos por el afiliado.
26. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO.	De común acuerdo, las partes contratantes podrán suspender la ejecución de este contrato, mediante la suscripción de un acta en la cual conste el evento sin que para efectos del término de duración del contrato se compute el tiempo de la suspensión.
27. CAUSALES DE TERMINACIÓN.	El presente contrato se puede dar por terminado cuando: **a)** se declare la caducidad o la terminación unilateral, de conformidad con la Ley 80 de 1993, Artículos 17 y 18, **b)** por mutuo acuerdo de las partes. **c)** cuando se dé cumplimiento del objeto del contrato, y **d)** por vencimiento del plazo.
28. IMPUESTOS.	Los impuestos y las contribuciones parafiscales que se causen por razón o con ocasión del contrato serán por cuenta del CONTRATISTA, y las retenciones que ordene la ley en relación con sus honorarios serán efectuadas por la ESE.
29. LUGAR DE EJECUCION Y DOMICILIO CONTRACTUAL.	Para todos los efectos contractuales y legales atinentes a este compromiso, las partes acuerdan como lugar de ejecución del contrato la cuidad de santa marta departamento del magdalena y como domicilio contractual el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta.
30. **NOTIFICACIONES.**	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del presente contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona dispuesto en el SECOP II, y las constancias emitidas por mensaje de datos en el SECOP II

CLAUSULAS ADICIONALES

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 63471302 **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 06/12/2023 07:54 AM

Código Verificación: **HJ1NLA2PWK**

Válida hasta: **05/03/2024**

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: Gloria Maria.

Apellidos: Castro Florez.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 63471302

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 01 Año 1978.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	24/10/11	042N802A	Maicu
Fiebre Amarilla	Única	05/10/11	E5743	Kuter.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13/12/11	92872	Kuter
	2	13/05/11	E04082	Andrea
	3	17/09/11	E0409-3	Andrea
	4	03/12/11	E-409-4	Andrea
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	13/11/14	UVA09008	Bonda
	2	13/12/14	UVA09009	Bonda
	3	15/01/15	UVA09002	Bonda
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	24/10/11	042N8022	Masc.
Fiebre Amarilla	Única	05/10/11	ES743	Kat.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13/07/11	92877	Kat.
	2	13/09/11	EU4082	And.
	3	17/09/11	EU409-3	And.
	4	03/12/11	EU409-4	And.
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	13/11/14	UVA09004	Bon.
	2	13/12/14	UVA09000	Bon.
	3	15/01/15	UVA09002	Bon.
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-12-06 10:12

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GLORIA	MARIA	CASTRO	FLOREZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	63471302

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BARRANCABERMEJA

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	$46.394.400,00
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	$46.394.400,00

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	$2.000,00

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:

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 63471302
NOMBRES Y APELLIDOS	Castro Florez,Gloria Maria
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Voluntario Al Sistema De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Castro Florez,Gloria Maria, a los 06 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 **GLORIA MARIA CASTRO FLOREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63471302,** se encuentra afiliado/a desde **07/02/2006** 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 06 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

HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo	
GLORIA MARIA CASTRO FIOREZ												M	F X
Tipo de Documento							**Número**		**Expedida en**		**Fecha de Expedición**		
C.C. X	C.E	T.I	R.C	PP			63471302		BARRANCAJERMEJA		19-03-1996		
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														
Fecha nacimiento			**Lugar de Nacimiento**		**Direccion Domicilio**					**Municipio / Ciudad**			**Departamento**	
12	01	1978	B/BERMEJA		CRA 62 N. 30-110 VILLA ITALIA					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico										**No. Celular**			**Telefono**	
gloriamariacastro78@gmail.com										3167787928				
Ocupación (Seleccione)										**Actividad Principal CIIU**				
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado		8610				
Detalle Actividad Económica									**Descripción del CIIU**					
ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS									ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS CON INTERNACION					

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	
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	
Dirección de empresa o negocio				**Ciudad**		**Barrio**		**No. Teléfono**
CRA 14 N. 23-4				SANTA MARTA		ALCAZARES		4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							**SI**	**NO**

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	4.485.000			**Total Egresos mensules**	4.485.000
Otros Ingresos Mensuales				**Otros Egresos Mensuales**	
Total Activos				**Total Pasivos**	
Mes y año de corte de la información financiera suministra	**Mes** 12	**Año** 2022		**Es declarante?**	SI X 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:

HONORARIOS MEDICOS

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):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento