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, **DANIELA JULITH MENDOZA DE ARCO Identificado** con Cédula No 1004462907 y Profesión **AUXILIAR EN ENFERMERIA AUTORIZO** que el**HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: 

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	X	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	X	
12	Certificado de antecedentes **ETICO 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**)	X	
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	X	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
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*)	X	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).	X	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. **(Vigencia no superior a TRES (03) años)**	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	X	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	X	
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	



Escaneado con CamScanner

El (la) suscrito(a) **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO** identificado con C.C./C.E./PP. No. **1004462907** 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 MÉNDEZ 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 ___ del mes de diciembre de 2023.



Firma
Nombre DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO
Cédula 1004462907

COPIA CONTROLADA

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1004462907**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1004462907	MENDOZA	DE ARCO	DANIELA	JULIETH	2022-12-09, 11:34 am

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1004462907	MENDOZA	DE ARCO	DANIELA	JULIETH	2023-02-09, 10:28 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.10164421
Número del contrato	CD20231146
Versión del contrato	2
Objeto del contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	21/02/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	26 días para terminar *(30/06/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	135 Días
Tiempo adiciones en días	30 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	◉ Sí ○ No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	○ Sí ◉ No
Obligaciones Ambientales	○ Sí ◉ No
Obligaciones Pos Consumo	○ Sí ◉ No
Reversión	○ Sí ◉ No

Entidad Estatal

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

DANIELA MENDOZA DE ARCO

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO	DAVIVIENDA	Ahorros	488436060823

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO* ***Fecha de aprobación:*** *17/02/2023 2:27:12 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: *JOSE RAFAEL DOMINGUEZ AYALA* ***Fecha de aprobación:*** *17/02/2023 7:46:43 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_4640993_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_4640993_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación régimen especial
Unidad de contratación	Grupo de contratación SECOP II
Proceso de Contratación	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	8.100.000,00 COP

Santa Marta, DICIEMBRE 2023

DOCTOR:

German Gaviria Vargas Mosquera
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Fernando Troconis

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, YO **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO**, identificado con la C.C. **1.004.462.907** de **SANTA MARTA**, le solicito a usted me permita ingresar como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA,** dentro del área asignada teniendo en cuanta mis capacidades, espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

CORREO: Daniela16040@gmail.com
DIRECCIÓN: Cra 24 # 46b-65 Santa Cruz
TELEFONO: 3054243150

ATENTAMENTE,



DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO
CC: **1.004.462.907** de SANTA MARTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945533248

(415)7707212489984(8020) 000001494553324 8

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 4 4 6 2 9 0 7	2 0 2 0 0 8 0 5

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
MENDOZA	DE ARCO	DANIELA	JULIETH

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
CR 24 # 46 B - 65 BRR SANTA CRUZ

42. Correo electrónico danielajuliethmendozadearco@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 5 4 2 4 3 1 5 0	

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 8 1 2							

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

Obligados aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 08 / 14 : 53: 30

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 MENDOZA DE ARCO DANIELA JULIETH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 08-09-2023 02:53:43PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

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
Mendoza	de Arco	Daniela Julieth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1004462907 — 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 16 MES 04 AÑO 2002

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 24B B SUR

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3054243150 EMAIL: daniela16040@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	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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		AUXILIAR ENFERMERIA	08	2022	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPRANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	GESTION DEL DUELO	10	2022
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	GENTE QUIMICOS	10	2022
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CODIGO GRIS	10	2022
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL BASICO	10	2022

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD IPS FUNDACION SANTA MARTA POR EL NIÑO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
		Día	30	*Mes*	06	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXIIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* CONTRATISTA						*DIRECCIÓN* - CALLE 26 · 04-05 PRADO				

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	11

Powered by CamScanner

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 _● 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

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

Powered by CamScanner



AIES
ACADEMIA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS TÉCNICOS
MÉTODO DE ESTUDIO FINLANDÉS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA ACADEMIA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS TÉCNICOS "AIES"

Licencia de funcionamiento No 1121 del 13 de Diciembre de 2016, Registro de Programa según Resolución 0845 Del 15 De Mayo De 2018, emanada de la Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL COMO:

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA

a:

Daniela Julieth Mendoza De Arco

Identificado con D.I : 1.004.462.907 De: Santa Marta

Por haber cursado y aprobado con una intensidad de 1.700 Horas.
Dado en Santa Marta D.T.C.H a los 12 días del mes de Agosto 2022.

DIRECTOR

SECRETARIA (O) GENERAL

tificados en
LTA CALIDAD

Folio No: 70 Acta

Powered by CamScanner



República de Colombia

La Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y en su nombre

CORPORACION EDUCATIVA DEL CARIBE

CEDELCA

Personería Jurídica No 257 del 29 de abril de 1994, con autorización oficial según Resolución 1131 del 19 diciembre de 2002 por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta

Confiere a:

DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO

IDENTIFICADO(A) CON TI 1.004.462.907 EXP SANTA MARTA

El título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, Según los planes y programas vigentes, amparado según decreto 3011 del 19 de diciembre 1997.

Dado en Santa Marta, D.T.C.H. a los 22 días del mes de Diciembre del 2019.

Rector (a)

Secretaria general

Sec. General CEDELCA

Representante legal

Libro 06 Folio 21 Acta 23-19 Código 003746

CS Escaneado con CamScanner



GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

La fuerza del cambio

RgGTKADO

RESOLUCIÓN No. 47-3098 **DE** 18 OCT 2022

Por la cual se registra un título
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor(a) **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,004,462,907, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, el cual le fue otorgado por LA ACADEMIA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS TECNICOS "AIES", con Acta 014 del 12 de agosto de 2022.

Que con la solicitud el(la) señor(a) DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO 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) DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO 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, funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano, se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO: Autorizar a **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1,004,462,907, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 18 OCT 2022

JOSÉ RAFAEL DOMÍNGUEZ AYALA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	Piedad De La Hoz Orozco	Profesional Universitario	
Elaboró	Betty Nuñez Jiménez	Contratista	

Declara que ha revisado el presente documento, lo encuentra ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presenta para su firma.

Carrera 1a N° 16-15 Polanco Tapiroria
PBX: 5438155
Código Postal: 470004
www.magdalena.gov.co
contactenos@magdalena.gov.co

@gobernacondelmagdalena @MagdalenaGober @magdalenaGober

Scanned by TapScanner

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 *: 1004462907

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4698

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-05-16→3:17:00 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1004462907	DANIELA	JULIETH	MENDOZA	DE ARCO	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) DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO identificado(a) con CC 1004462907 registra La siguiente información:

2023-05-16→3:17:00 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora


FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1
Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.
Certifica
Daniela Julieth Mendoza De Arco
c.c. 1004462907 de Santa Martha
Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.
Fecha de emisión: 2022-10-14
Fecha de vencimiento: 2024-10-14
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org
ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.
DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.
ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Daniela Julieth Mendoza De Arco

c.c. 1004462907 de Santa Martha

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-10-20
Fecha de vencimiento: 2024-10-20

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Daniela Julieth Mendoza De Arco

c.c. 1004462907 de Santa Martha

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-10-12
Fecha de vencimiento: 2024-10-12

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 20/10/2022

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO
Identificación: CC 1004462907
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha nacimiento: 16/04/2002
Edad: 20
Genero: Femenino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Técnico
Telefono:
Dirección: Magdalena. Santa marta.
Nº hijos: 1
ARL:
EPS: Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria De Salud EPS
AFP:

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional.**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

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

Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. VALORACIÓN CON NUTRICIÓN POR EPS

NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 78584

Aspirante o trabajador
DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO
Identificación: CC 1004462907

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 1004462907 **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 11:05 AM

Código Verificación: **Z9SQHJ26KF**

Válida hasta: **02/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

IPS FUNDACIÓN SANTA MARTA POR EL NIÑO
Nit. 800082761-1

CERTIFICA:

Que la señora **DANIELA JULIETH MENDOZA ARCO,** identificada con cedula de ciudadanía No. **1.004.462.907** realizo su periodo de prácticas, cumpliendo 780 horas como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, en la Institución prestadora de servicios de salud mental Fundación Santa Marta Por el Niño IPS, NIT 800082761-1, en este tiempo demostró ser una persona responsable y conocedora de su labor.

Realizando las siguientes funciones:

- Diligenciar correctamente las notas de enfermerías.
- Llevar el reporte de control de signos vitales de los pacientes e informar los cambios que se presente en ello.
- Asistir al paciente al momento de la alimentación, realizar el aseo y limpieza de los pacientes.
- Acompañamiento a los pacientes en el proceso de admisión.
- Enseñar a las pacientes técnicas para llevar una vida independiente.
- Aplicar enemas de limpieza.
- Llevar un control de la ropa de cama: clasificarla, distribuirla y enviarla al lavadero.
- Recoger los datos termométricos de cada paciente.
- Servir la comida y dar de comer a aquellos que lo requieran.
- Tender las camas de los enfermos.

Se expide la presente a solicitud del interesado, para los fines que crea conveniente.

Dado en Santa Marta el día 30 de junio del 2022.

JAIRO RIBON RAMOS
Dep. Recursos Humanos
Fundación Santa Marta por el Niño

IPS FUNDACION SANTA MARTA POR EL NIÑO
¡SU SALUD Y BIENESTAR, SON NUESTRA PRIORIDAD! - NIT: 800 082 761-1
Dirección: Calle 26 # 4 – 05, El Prado. Teléfonos: 431 07 47 – Celular: 301 679 56 64.
Dirección electrónica: fusan_ips@hotmail.com
Santa Marta D.T.C.H., Magdalena – Colombia.

Escaneado con CamScanner

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: DANIELA JULIETH

Apellidos: MENDOZA DEANO

Documento de identidad: C.C. / T.I. Pasaporte No 1044462907

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 04 Año 2002

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla		24-01-22	21IVFC012Z	
		24-01-22	23JUL024F	
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	03/02/22	UFX20008	Belkys M
	2	03/03/22		Cruz Roja Colombiana Seccional Atlántico Nit. 890102017-9
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20/01/22	FB371 Sanof	
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	2023-12-03 10:49

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIELA	JULIETH	MENDOZA	DE ARCO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004462907

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:

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **MENDOZA DE ARCO DANIELA JULIETH** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1004462907** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**28/06/2014**
Régimen:	**Contributivo**

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

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

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 **DANIELA JULIETH MENDOZA DE ARCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1004462907,** se encuentra afiliado/a desde **04/11/2022** 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 04 de diciembre de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/19/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Daniela Julieth Hondata De arco — Sexo: M [ ] F [✓]

Tipo de Documento	Número	Expedido en	Fecha de Expedición
CC [✓] CE [ ] TI [ ] RC [ ] PP [ ]	1004462904	Santa Marta	05-08-2020

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	Familiar	Rural	Urbano
[✓]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]	[ ]	1	[✓]	[ ]	[ ]	[✓]	[ ]

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
16 04 2002	Santa Marta	cr 24 #46b - 65 Santa cruz	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
Danielar16040@gmail.com	305 424 3150	

Ocupación (Seleccione): Estudiante [ ] Independiente [✓] Empleado [ ] Hogar [ ] Jubilado [ ] — Actividad Principal CIIU:

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento	Número
	CC [ ] TI [ ] PP [ ]	

2 DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio	Cargo
	Publica [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI [ ] NO [ ]

3 INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

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

4 AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez 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 obligo a actualizar los datos suministrados mínimo una vez por año o cuando se presenten cambios en ellos.

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