E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

# LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO

CODIGO: GJC16F
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**, María Paulina Gonzalez De las casas, Identificado con Cédula No. 57.434.852 S.M y Profesión Admon de empresas.

**AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

**FIRMA:** _____

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | x | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | x | |
| 3 | Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: **https://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**) | | x |
| 8 | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | x |
| 9 | RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)** | x | |
| 10 | Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)** | x | |
| 11 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**) | x | |
| 12 | Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**. | | x |
| 13 | Convalidación de Titulo — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | x |
| 14 | Tarjeta Profesional | | x |
| 15 | Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años**) | x | |
| 16 | Soporte de experiencia laboral. | x | |
| 17 | Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en **https://carpetaciudadana.and.gov.co/** ***previo registro en el sitio web.*** | x | |
| 18 | Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web **https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013** (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**) | x | |
| 19 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**) | x | |
| 20 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**) | x | |
| 21 | Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: **https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/** | x | |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 57.434.352
GONZALEZ DE LAS CASAS
APELLIDOS
MARIA PAULINA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1972
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
07-SEP-1990 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
A-2100100-51146581-F-0057434352-20060628 07178 06179C 02 187873593

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57434352**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 57434352 | GONZALEZ | DE LAS CASAS | MARIA | PAULINA | 2022-07-06, 6:29 pm |
| 2 | 57434352 | GONZALEZ | DE LAS CASAS | MARIA | PAULINA | 2022-10-19, 5:01 pm |
| 3 | 57434352 | GONZALEZ | DE LAS CASAS | MARIA | PAULINA | 2023-02-08, 6:27 pm |
| 4 | 57434352 | GONZALEZ | DE LAS CASAS | MARIA | PAULINA | 2023-06-08, 6:58 pm |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) Maria Paulina Gonzalez De las Casas identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.434.352 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 5. del mes de Diciembre de 2023.

Firma
Nombre Maria Paulina Gonzalez De las Casas.
Cédula 57434352. SM.

COPIA CONTROLADA

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

Editar

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| **Género** | Mujer |
| **Cargo** | TECNICO ADMINSTRATIVO EN FACTURACION |
| **Título** | |
| **Nombre** | MARIA PAULINA |
| **Apellidos** | GONZALEZ DE LAS CASAS |
| **Fecha de Nacimiento** | 10/05/1972 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Nombre y apellido** | MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 57434352 |
| **Dirección** | PORTAL DE LAS AVENIDAS MANZANA M CASA 17 |
| **Código postal** | |
| **Estrato** | 2 |
| **Ubicación** | Santa Marta |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | mgonzalezdelascasas20@gmail.com |
| **Teléfono** | 3023173389 |
| **Celular** | 3023173389 |
| **Nivel Educativo** | Universitaria completa (con título) |

## Configuración

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

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | ¿Cuál es su número de teléfono? |
| **Respuesta** | 3023173389 |
| **SMS para recuperar la contraseña** | 3023173389 |

Editar

Santa Marta, Diciembre 5/2023

Señores:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Doctor
GERMAN VARGAS
Gerente
Ciudad

Respetado Señor:

Enterada de que existe una vacante para el cargo de facturador, pongo a su disposición mi Hoja de Vida con los correspondientes soportes acreditando mi perfil, formación académica y experiencia para ocupar ese cargo sometiéndome a todos los estudios que se rindieran por parte de esa entidad.

Soy Administradora de empresas de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia Unad, con experiencia en el sector salud, laborando en la Fundación Cardiovascular, como auxiliar de admisiones y Facturacion, en Medinas como Consultor línea de Frente y Viva 1ª.

Atentamente,

MARIA PAULINA GONZALEZ
CC 57.434.352 Santa Marta
Portal de las Avenidas Manzana M Casa 17
Correo mgonzalezdelascasas20@gmail.com

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14837029247

(415)7707212489984(8020) 000001483702924 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 7 4 3 4 3 5 2 | 8 | 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 | 5 7 4 3 4 3 5 2 | 1 9 9 0 0 9 0 7 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| GONZALEZ | DE LAS CASAS | MARIA | PAULINA |

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: MZ M CA 18

42. Correo electrónico: mgonzalezdelascasas20@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 2 3 1 7 3 3 8 9 | |

## 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 |
| 7 0 1 0 | 2 0 1 2 0 3 3 0 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2022 - 07 - 10 / 21 : 13: 06

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GONZALEZ DE LAS CASAS MARIA PAULINA

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Gonzalez | de las Casas | Maria Paulina |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57434352 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 10 MES 05 AÑO 1972

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

AVENIDA 17M null null PORTAL DE LAS AVENIDAS MANZANA M CASA 17

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 420000 EMAIL mgonzalezdelascasas20@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 | 11 | AÑO | 1990 |
| | | | | | | | | | | 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 | 10 | X | | ADMINISTRACION DE EMPRESAS | 11 | 2018 | |

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*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4365007 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 08 | *Año* 2022 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURACION | *DEPENDENCIA*<br>ADMISION / FACTURACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ESTE | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6054346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 08 | *Año* 2022 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ADMISIONISTA Y FACTURACION | *DEPENDENCIA*<br>ADMISION / FACTURACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 BIS A ESTE 23 42 23-42 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>IPS VIVA 1A-NUEVA EPS-LABOR HUMANA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3056630 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 02 | *Año* 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 07 | *Año* | 2022 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ADMISIOANES Y AUTORIZACIONES | *DEPENDENCIA*<br>SIAU Y ADMISIONES | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA 13 A null null CENTRO COMERCIAL MARINELL | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>MEDIMAS EPS: | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5559300 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 25 | *Mes* | 05 | *Año* 2018 | *Día* | 01 | *Mes* | 06 | *Año* | 2020 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AASESORA ADMINISTRATIVA | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRACION Y ATENCION A US | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>: FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4201030 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 07 | *Año* 2011 | *Día* | 25 | *Mes* | 05 | *Año* | 2018 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>REQUIERE CORRECION | *DEPENDENCIA*<br>ADMISION / FACTURACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4A A ESTE 26 null CRA 4A 26A-71 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 3 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 10 | 8 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 10 | 8 |

## 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*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**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*

REPUBLICA DE COLOMBIA

**FORMATO ÚNICO**

# HOJA DE VIDA

**Persona Natural**

**(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)**

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA | NOMBRES |
|---|---|---|
| **GONZALEZ** | **DE LAS CASAS** | **MARIA PAULINA** |

**C.C.** ○ **C.E.** ○ **PAS** ○ — SEXO **F** X **M** — NACIONALIDAD PAÍS: **COLOMBIANA**

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE — N° — D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 05 AÑO 72

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIC: CUNDINAMARCA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PORTAL DE LAS AVENIDAS MANZANA M CASA 17

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3023173389 EMAIL: mgonzalezdelascasas@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10o. | 11o. | MES 12 AÑO 1990 |
| | | | | | | | | | | X | |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

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

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD ACADÉMICA | NO. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 10 | X | | ADMINSTRADOR DE EMPRESAS | 3 | 2019 | NO |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR **[R]**, BIEN **[B]**, O MUY BIEN **[MB]**

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGLES | | | | | | | | | |
| FRANCES | | | | | | | | | |

**FORMATO ÚNICO**

# HOJA DE VIDA

**Persona Natural**

**(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)**

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4346262 | DIA 1 MES 8 AÑO 2022 | DIA 31 MES 8 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| FACTURADOR | FACTURACION | CRA 14 23-42 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4346262 | DIA 1 MES 9 AÑO 2022 | DIA 31 MES 10 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| FACTURADOR | FACTURACION | CRA 14 23-42 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| VIVA 1 A | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4365163 | DIA 15 MES 2 AÑO 2022 | DIA 30 MES 7 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX ADMISIONES | SIAU | CENTRO COMERCIA MARINELO PLAZA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| MEDIMAS EPS | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | Medimas@bdolineaetica.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 18009540006 | DIA 28 MES 0 5 AÑO 2018 | DIA 1 MES 0 6 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONSULTOR LINEA DE FRENTE | SIAU | CENTRO COMERCIAL ACUARELA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| VIVA 1 A | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4365163 | DIA 15 MES 0 2 AÑO 2022 | DIA 30 MES 0 7 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| ADMINISIONISTA | LINEA DE FRENTE | CENTRO COMERCIAL MARINELO |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | atencionalusuario@hujmb.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4365007 | DIA 1 MES 8 AÑO 2022 | DIA 31 MES 0 8 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | FACTURACION | CRA 14 23-42 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | atencionalusuario@hujmb.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4365007 | DIA 1 MES 9 AÑO 2022 | DIA 30 MES 0 9 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | FACTURACION | CRA 14 23-42 |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

**FORMATO ÚNICO**

# HOJA DE VIDA

**Persona Natural**

**(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)**

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | | 3 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 23 | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | **21** | **3** |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ◉ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

**FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA**

## 6 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.

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

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

# La Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 1770 de 2006

UNAD

Teniendo en cuenta que

## María Paulina González de las Casas

C.C. No. 67031852 de Santa Marta

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

## Administrador de Empresas

Registro M.E.N. 1688

Dado en Bogotá, D.C., el día 30 del mes de Marzo de 20 19

Rector

Decano Escuela

Acta de Grado No. 248 Fecha 30 - 03 - 2019 Registro de Diploma No. 51783 Libro 15 Folio 14

Secretaria General

60431

# ACTA DE GRADO

Inscripción S.E._____

DANE 147001010801

En la ciudad de SANTA MARTA a los SIETE (7) dias del mes de DICIEMBRE se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoria del EXTERNADO NACIONAL HUGO J. BERMUDEZ.

Institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad COMERCIAL CONTABLE según RESOLUCION No.17617 del 15 de NOVIEMBRE de 19 88

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO de BACHILLER EN COMERCIAL CONTABLE al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación MARIA PULINA GONZALEZ DE LAS CASAS CC57.434.352 de StaMta

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 010 de fecha 7 de diciembre de 1990 que consta de 113 alumnos que comienzan con el nombre de ALMAZO MARTINEZ CARLOS ALBERTO y se cierra con el nombre de VIZCAINO TORRES ROSMARY ESTHER. Firmado y sellado por JULIO CESAR CHI MARTINEZ (Rector) y JULIA ESTHER MOZO LOVERA (Secretario).

Dado en SANTA MARTA a los 7 días del mes de DICIEMBRE de 19 90

Firmado y sellado

RUTH MARIA BOLAÑO GUERRERO
El Rector o Director

CC No.39.026.328 de Ciénaga

JULIA ESTHER MOZO LOVERA
El Secretario

CC No.36.536.454 de Sta Mta

Diploma No._____

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

# CONCEPTO MÉDICO

**Motivo de consulta:** Ingreso **Fecha de consulta:** 11/07/2022

## Información paciente

**Empresa:** SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
**Empresa en misión:**
**Nombre completo:** MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS
**Identificación:** CC: 57434352
**Responsable:** El mismo paciente
**Acompañante:** Ninguno
**Cargo:** FACTURADOR
**Fecha nacimiento:** 10/05/1972
**Edad:** 50
**Genero:** Femenino
**Estado civil:** Casado
**Escolaridad:** Pregrado (Universitaria)
**Teléfono:**
**Dirección:** Magdalena, Santa marta,
**Nº hijos:** 1
**ARL:**
**EPS:** Famisanar EPS
**AFP:** Protección S.A.



## 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.

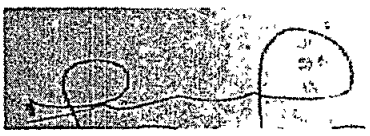
## Recomendaciones especificas

**HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.**

**NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID 19**

**Pedro Francisco Manjarres Palacio**
**Profesión:** Medico especialista en sst
**Registro:** 70584

**Aspirante o trabajador**
MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS
**Identificación:** CC: 57434352



**EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2**

**CERTIFICA**

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS,** identificada con cedula de Ciudadanía **No. 57.434.352** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **CD20222470** de fecha 29 de junio de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de agosto al 31 de agosto 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
2. No. **CD20223529** de fecha 02 de septiembre de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 14 de septiembre al 31 de octubre de 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
3. No. **CD20223646** de fecha 01 de noviembre de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de noviembre al 31 de diciembre de 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
4. No. **CD20230366** de fecha 12 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 20 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
5. No. **CD20231812** de fecha 04 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
6. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231812,** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
7. No. **CD20233037** de fecha 14 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
8. No. **CD20234009** de fecha 04 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 11 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

**OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2023.

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

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



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

Powered by CamScanner

LABOR HUMANA
calidad · talento · eficiencia

**EL SUSCRITO (A) COORDINADOR DE GESTION HUMANA.**

**NIT 900.404.273-3**

**CERTIFICA**

Que el (la) señor (a) **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS** identificado con cedula de ciudadanía **57.434.352** estuvo vinculado (a) a nuestra empresa a través de un contrato individual de trabajo por la duración de una obra o labor determinada para trabajadores en misión, desde el **15 días del mes de febrero de 2022** Hasta el **30 días del mes de julio de 2022.**

Fue asignado(a) en calidad de trabajador(a) en misión a la Empresa Usuaria **VIVA 1A IPS S.A.** y su labor contratada fue de **AUXILIAR DE ADMISIONES**

Se expide la siguiente certificación con destino al interesado a los 09 días del mes de abril de 2023.

**FRANK QUINTANA VILLALBA.**

FIRMA DIGITALIZADA COVID-19
confirmación cartas laborales por correo electrónico:
fquintana@grupointegral.com.co

**MEDIMAS E.P.S. S.A.S.**
**NIT. 901.097.473-5**

**CERTIFICA:**

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de nómina el (la) señor (a) **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **57434352**, laboró en la empresa **MEDIMAS E.P.S. S.A.S.** desde el 28 mayo de 2018 hasta el día 1 de junio de 2020 con contrato de trabajo a término INDEFINIDO, el último cargo desempeñado fue **ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE**.

En constancia de lo anterior se expide este documento en la ciudad de Bogotá el 1 de junio de 2020.

La información de la presente certificación puede ser confirmada en nuestra línea de atención en Bogotá 5559300 extensión 1712, al celular 3014040833 o los correos electrónicos cevelezt@medimas.com.co o apvalerom@medimas.com.co.

**RUBEN ALONSO YEPES ARIAS**
**Director de Compensación y Nómina**
**MEDIMAS E.P.S. S.A.S.**

COSTA ATLANTICA - SANTA MARTA

No. 018563

**LA DIRECTORA DE RELACIONES LABORALES DE LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA**

**CERTIFICA:**

Que la señora **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS** identificada con la cédula de ciudadanía número **57.434.352** expedida en Santa marta, laboró en nuestra institución desde el día 13 de Julio de 2011 hasta el día 25 de Mayo de 2018 con un contrato de trabajo (Por obra o labor contratada).

La señora **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS** se desempeñó en el cargo de AUXILIAR DE FACTURACION en el área de Facturación SM de la Fundacion Cardiovascular de Colombia.

Se expide a solicitud de la interesada, en el municipio de Floridablanca(Santander) a los diecinueve (19) días del mes de Junio de 2020.

Atentamente,

FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
RELACIONES LABORALES

**ALICIA PABON SALAZAR**
Directora Relaciones Laborales

# 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 57434352 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 01/12/2023 05:46 PM

Código Verificación: **1ELTMB98Q3**

Válida hasta: **29/02/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

# FORMULARIO UNICO
# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS

IDENTIFICADO CON: X C.E. T.I. N° 57,434,352 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección | PORTA DE LAS AVENIDAS MANZANA M CASA 17 | Teléfonos | 3023173389 | | |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995 **PARA TOMAR POSESION X** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 1,900,000 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | - |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 1,900,000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| AV VILLAS | AHORRO | 855742743 | SANTA MARTA | $ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS identificado(a) con CC 57434352 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **19/11/2018** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA** |
| **Categoría:** | **A** |

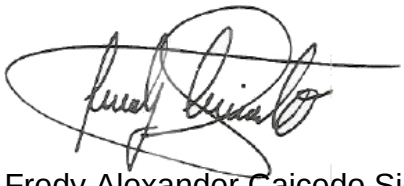
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 01 días del mes de diciembre del año 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS identificado(a) con C.C No. 57.434.352, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 04 de diciembre del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS** con **CC** No. **57434352**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **Fecha de última cobertura:** 01/09/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/11/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023<br>**Clase de Riesgo:** 3<br>**Cargo :** AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230102248660.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

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

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | SANTA MARTA | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos MARIA PAULINA GONZALEZ DE LAS CASAS | | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | M | | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | x | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 57434352 | SANTA MARTA | 07/09/1990 |

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

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 05 | 1972 | BOGOTA | MANZANA M CASA 17 PORTA DE LAS AVENIDAS | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| mgonzalezdelascasas20@gmail.con | 3023173389 | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| SALUD | FACTURADOR |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

| Nombres y Apellidos de 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | | |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| CRA 14 23-42 | SANTA MARTA | ALCAZARES | 4346262 |

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

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales 1.700.000 | | | Total Egresos mensules 1.0000.000 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensules 0 | | | Otros Egresos Mensuales 0 | | | | |
| Total Activos 1.700.000 | | | Total Pasivos 1.0000.000 | | | | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministra | Mes | Año | Es declarante? | SI | | NO | X |

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

NO

## 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: __TRABAJO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE 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 registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

## 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