En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, **MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO**, Identificado con Cédula No. **1047413152** y Profesión **TECNICA AUXILIAR CONTABLE 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	

COPIA CONTROLADA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.047.413.152**

ROBLES LUBO

APELLIDOS

MAYRA ALEJANDRA

NOMBRES

Mayra Robles

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-1989**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-NOV-2007 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0500100-00077381-F-1047413152-20080924 0003661657A 1 28198432

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1047413152**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1047413152	ROBLES	LUBO	MAYRA	ALEJANDRA	2023-07-07, 1:58 pm

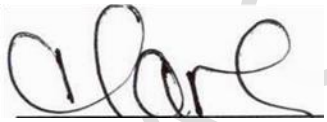
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1047413152	ROBLES	LUBO	MAYRA	ALEJANDRA	2023-08-30, 10:53 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) **MAYRA ALEJANDRA ROBLE LUBO** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1047413152** expedida en **CARTAGENA**, 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 **20** del mes de **Diciembre** de 2023.



Firma
Nombre **MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO**
Cédula **1047413152 Cartagena**

COPIA CONTROLADA

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 15:36:06
MAYRA ALEJANDRA R...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	
Título	
Nombre	MAYRA ALEJANDRA
Apellidos	ROBLES LUBO
Fecha de Nacimiento	12/10/1989 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1047413152
Dirección	
Código postal	
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	mayrarobleslubo@gmail.com
Teléfono	
Celular	3044870262
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin 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	3044870262
SMS para recuperar la contraseña	3044870262

Editar

Santa Marta, 20 de Diciembre de 2023

Señores:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
GERENTE
Dr. German Gaviria Vargas Mosquera
Santa Marta, Magdalena

Cordial saludo:

Por medio de la presenta pongo a su disposición mis servicios como tecnólogo en gestión de procesos administrativos en salud en el área de facturación, ya que cuento con las condiciones necesarias para desarrollar dicha labor.

Es un gusto prestar mis servicios para tan honorable entidad.

Cordialmente;



MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO
CC 1047413152 de Cartagena – Bolívar

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14924847254

(415)7707212489984(8020) 000001492484725 4

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROBLES	LUBO	MAYRA	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 8 4 36 BRR PESCADITO

42. Correo electrónico: mayrarobleslubo@gmail.com

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

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
6 9 2 0	2 0 1 3 0 7 0 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 2																									

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 07 - 07 / 15 : 37: 45

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 ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
ROBLES	**LUBO**	**MAYRA ALEJANDRA**

C.C. ○ **C.E.** ○ **PAS** ○ 1,047,413,152 — SEXO **F** X **M** — NACIONALIDAD / PAÍS: **COLOMBIANA**

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ — Nº — D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES 10 AÑO 89

PAÍS: COLOMBIO

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 8 No 4 - 36 PESCADITO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3044870262 EMAIL: mayraroblesLubo@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 DICIEMBRE AÑO 2006
				X						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
TC (TÉCNICA)	4 MODULOS	X		TEC. AUX. CONTABLE SISTEMATIZADO	3	2011	

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	PAIS
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDES BARRENECHE E.S.S		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
Magdalena	Santa Marta		gerencia@huimb.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6054365007	DIA 1 MES 1 0 AÑO 2023		DIA 31 MES 1 2 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Facturación	Administrativo		Carrera 14 No 23 - 42	

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDES BARRENECHE E.S.S		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
Magdalena	Santa Marta		gerencia@huimb.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6054365007	DIA 1 MES 0 9 AÑO 2023		DIA 30 MES 0 9 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Facturación	Administrativo		Carrera 14 No 23 - 42	

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDES BARRENECHE E.S.S		x		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
Magdalena	Santa Marta		gerencia@huimb.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6054365007	DIA 1 MES 0 7 AÑO 2023		DIA 30 MES 0 8 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Facturación	Administrativo		Carrera 14 No 23 - 42	

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
ASEO COLOMBIA DISTRIBUCIONESY SUMINISTRO			X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
CESAR	VALLEDUPAR		aseocolombia2022@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3043761709 - 3232291166	DIA 1 MES 1 2 AÑO 2018		DIA 15 MES 0 4 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Asistente Administrativo	Administrativo		Calle 19D No 13 - 53 La Granja	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
Temporal del Caribe			x	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Santa Marta	Magdalena			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3114391388	DIA 20 MES 0 4 AÑO 2018		DIA 3 MES 0 4 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Taquillera/Recepcionista	Administrativo		Calle 23 No 4 - 27 Edif. Centro Ejecutivo	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Soluciones de Empleo S.A.S			x	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
Magdalena	Santa Marta		direccion@solucionesdeempleo.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3183590795	DIA 1 MES 0 4 AÑO 2017		DIA 31 MES 1 0 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Asistente de Autorizaciones	Administrativo		Calle 22 No 18a 57 Local 101	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Soluciones de Empleo S.A.S			x	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
Magdalena	Santa Marta		direccion@solucionesdeempleo.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3183590795	DIA 3 MES 0 7 AÑO 2013		DIA 15 MES 0 9 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Asistente de Operaciones y Talento Humano	Administrativo		Calle 22 No 18a 57 Local 101	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Soluciones de Empleo S.A.S			x	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
Magdalena	Santa Marta		direccion@solucionesdeempleo.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3183590795	DIA 17 MES 0 3 AÑO 2013		DIA 3 MES 0 7 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Taquillera/Recepcionista	Administrativo		Calle 22 No 18a 57 Local 101	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Soluciones de Empleo S.A.S			x	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Magdalena	Santa Marta		direccion@solucionesdeempleo.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3183590795	DIA 16 MES 2 AÑO 2012		DIA 15 MES 0 2 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Taquillera/Recepcionista	Administrativo		Calle 22 No 18a 57 Local 101	

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 Meses
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	11 Años	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**11 Años**	**3 Meses**

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

Acta Individual de Grado

INSCRIPCIÓN S.E _____

INSCRIPCION DANE ~~147001-000285~~

JORNADA Tarde

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL MAGDALENA SEDE 1 INSTITUTO MAGDALENA

Santa Marta

En la ciudad de Santa Marta a los 06 días del mes de Diciembre del año 2006 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaría en la rectoría del ***INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL MAGDALENA SEDE 1 INSTITUTO MAGDALENA***, Institución aprobada hasta Undécimo Grado en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por Secretaria de Educación Distrital para otorgar el titulo de Bachiller en la Modalidad COMERCIAL según Resolución Número 884 28 de Noviembre de 2002

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnico, se procedió a otorgar el TITULO DE

BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIDAD COMERCIAL

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación

Apellidos y Nombres	Numero Doc Identidad
ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA	59138 de Sta Mta

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 018 de fecha 06 Diciembre de 2006 consta de **84** alumnos, que comienzan con el nombre de ALVEAR PINZON SINDY ROXANA y se cierra con el nombre de **ZEA REYES TIBISAY PAOLA**

Firmado y sellado por **CARMEN CASTRO MESA** (Rector) y **CARMEN ESCOBAR GRANADOS** (Secretaría)

Dada en Santa Marta a los 06 días del mes de Diciembre de 2006.

CARMEN CASTRO MESA
La Rectora
C.C. No. 32,469,368 De Medellín

CARMEN ESCOBAR GRANADOS
La Secretaria
C.C. No. 36,522,202 De Santa Marta

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1047413152

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Manizales a los Diecisiete (17) días del mes de Marzo de Dos Mil Once (2011)

JULIAN MUÑOZ ARIAS
SUBDIRECTOR CENTRO PARA LA FORMACIÓN CAFETERA
REGIONAL CALDAS

SGCV20113063844

SGCV20113063844 17/03/2011
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

000236

Santa Marta, 27 de junio de 2023

EL DIRECTOR

CERTIFICA:

Que la aprendiz, **ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA**, identificada con Cedula de Ciudadanía Nº **1.047.413.152**, cursó y aprobó en nuestra institución la etapa lectiva del programa de formación **AUXILIAR EN CONTABILIDAD SISTEMATIZADA.**

Este certificado se expide a solicitud de la persona interesada.

HUGO MONTERO ESCOBAR

Liseth G.

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 12/Jul/2023, **Hora:** 03:07:32 p.m.
HC: # 80059
Apellido: Robles Lubo **Nombre:** Mayra Elejandra **Edad:** 33 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1047413152 **Sexo:** Femenino
Empresa: Particular **Nacim:** 12/Oct/1989
Cargo: No Aplica **Rh:** O+
Direccion: Calle 8 No 4 -36 Pescaito
Telefono: **Celular:** 3044870263 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 71 Kg **Estatura:** 157 Cm **IMC:** 28.8 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Sin Definir **AFP:** Colpensiones

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

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

Mayra Elejandra Robles Lubo
CC 1047413152

Huella Digital

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche E.S.E.

ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20234013 DE 2023.

ENTIDAD:	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E
CONTRATISTA:	ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
VALOR:	CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($5.700.000)
OBJETO DEL CONVENIO:	PRESTAR LOS SERVICIOS ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
CRP N°	5516 del 13 de octubre 2023.
TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023.

Entre los suscritos a saber **MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT,** en calidad de Subgerente Administrativa y Financiera, y quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20234013, y por la otra, **ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA,** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia, se firma en Santa Marta, D.T.C. e H, el 13 de octubre 2023.

Supervisor.

MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
C.C N°. 22.786.825

Contratista.

ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
C.C Nº 1.047.413.152

ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20233371 DE 2023.

ENTIDAD:	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E
CONTRATISTA:	MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO
VALOR:	UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.900.000)
OBJETO DEL CONVENIO:	PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
CRP N°	4812 DEL 12 SEPTIEMBRE DE 2023.
TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2023.

Entre los suscritos a saber **MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT,** en calidad de Subgerente Administrativa y Financiera, y quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20233371, y por la otra, **MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO,** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia, se firma en Santa Marta, D.T.C. e H, el 12 de septiembre del 2023.

Supervisor.

MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
C.C Nº. 22.786.825

Contratista.

MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO
C.C Nº 1.047.413.152

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche E.S.E.

ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20232927 DE 2023.

ENTIDAD:	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E
CONTRATISTA:	ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
VALOR:	TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.800.000)
OBJETO DEL CONVENIO:	PRESTAR LOS SERVICIOS ADMINISTRATIVOS EN EL AREA DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
CRP N°	4311 DEL 7/17/2023.
TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 30 DE AGOSTO.

Entre los suscritos a saber **MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT,** en calidad de Subgerente Administrativa y Financiera, y quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20232927, y por la otra, **ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA,** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia, se firma en Santa Marta, D.T.C. e H, el 7/17/2023.

Supervisor.

MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
C.C N°. 22.786.825

Contratista.

ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
C.C Nº 1.047.413.152

Aseo Colombia
DISTRIBUCIONES Y SUMINISTRO

CERTIFICAMOS A QUIEN PUEDA INTERESAR

Que el(la) señor(a) **ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA** identificado(a) con cedula de ciudadanía No 1.047.413.152, laboró como trabajador nuestro, desempeñándose como **ASISTENTE ADMINISTRATIVA** devengando un salario básico mensual de ($1.160.000) UN MILLÓN CIENTO SESENTA MIL PESOS M/L, con fecha de ingreso 01/12/2018 y retiro 15/04/202 contrato Termino Fijo.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado en Valledupar el día 17 de abril del 2023.

Atentamente,

Antonio Estrada A.

DARLY ANTONIO ESTRADA ARCILA
Representante Legal

Temporal
del Caribe

CERTIFICAMOS A QUIEN PUEDA INTERESAR

Que el(la) señor(a) ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA identificado(a) con cédula de ciudadania No. 1.047.413.152, laboró como trabajador nuestro, desempeñandose como TAQUILLERO devengando un salario básico mensual de ($781.242). SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/L Con fecha de ingreso 20/04/2018 y retiro 03/08/2018.

Tipo de contrato CONTRATO TEMPORAL TERMINO FIJO (CGENA).

El presente certificado se expide a solicitud del interesado En Cartagena el dia 30/08/2018.

Atentamente,

LUCIA BERMUDEZ BARROS
GERENTE OPERATIVO

Soluciones de Empleo
Su aliado estratégico en Servicios Temporales

HACE CONSTAR

QUE EL TRABAJADOR CUYOS DATOS SE ENCUENTRAN RELACIONADOS ESTUVO VINCULADO (A) A SOLUCIONES DE EMPLEO S.A.S MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO SUSCRITO EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:

NOMBRE DEL EMPLEADO:	ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
IDENTIFICACION:	1.047.413.152
CARGO:	ASISTENTE DE AUTORIZACIONES
TIPO DE CONTRATO:	LABOR U OBRA DETERMINADA
SALARIO:	**950.000**
FECHA DE INGRESO:	**01/04/2017**
FECHA RETIRO:	**31/10/2017**
SALUD:	EPS SANITAS
PENSION:	COLPENSIONES
ARP:	COLPATRIA

LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 22/08/2018

DE USTEDES ATENTAMENTE,

DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

Calle 22 No. 18 A - 57 local 101 - Teléfono: 422 1474 - 318 359 0795
e-mail: direccion@solucionesdeempleo.com

Soluciones de Empleo
Su aliado estratégico en Servicios Temporales

HACE CONSTAR

QUE EL TRABAJADOR CUYOS DATOS SE ENCUENTRAN RELACIONADOS ESTUVO VINCULADO (A) A SOLUCIONES DE EMPLEO S.A.S MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO SUSCRITO EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:

NOMBRE DEL EMPLEADO:	ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
IDENTIFICACION:	1.047.413.152
CARGO:	ASISTENTE DE OPERACIONES Y TALENTO HUMANO
TIPO DE CONTRATO:	TERMINO FIJO
SALARIO:	**1.289.000**
FECHA DE INGRESO:	**03/07/2013**
FECHA RETIRO:	**15/09/2016**
SALUD:	ESP SANITAS
PENSION:	COLPENSIONES
ARP:	COLPATRIA

LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 22/08/2018

DE USTEDES ATENTAMENTE,

DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

Calle 22 No. 18 A - 57 local 101 - Teléfono: 422 1474 - 318 359 0795
e-mail: direccion@solucionesdeempleo.com

Soluciones de Empleo
Su aliado estratégico en Servicios Temporales

HACE CONSTAR

QUE EL TRABAJADOR CUYOS DATOS SE ENCUENTRAN RELACIONADOS ESTUVO VINCULADO (A) A SOLUCIONES DE EMPLEO S.A.S MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO SUSCRITO EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:

NOMBRE DEL EMPLEADO:	ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
IDENTIFICACION:	1.047.413.152
CARGO:	TAQUILLERA RECEPCIONISTA
TIPO DE CONTRATO:	LABOR U OBRA DETERMINADA
SALARIO:	**589.500**
FECHA DE INGRESO:	**17/03/2013**
FECHA RETIRO:	**03/07/2013**
SALUD:	COOMEVA
PENSION:	SEGURO SOCIAL
ARP:	EQUIDAD SEGUROS

LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 22/08/2018

DE USTEDES ATENTAMENTE,

DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

Calle 22 No. 18 A - 57 local 101 - Teléfono: 422 1474 - 318 359 0795
e-mail: direccion@solucionesdeempleo.com

Soluciones de Empleo
Su aliado estratégico en Servicios Temporales

HACE CONSTAR

QUE EL TRABAJADOR CUYOS DATOS SE ENCUENTRAN RELACIONADOS ESTUVO VINCULADO (A) A SOLUCIONES DE EMPLEO S.A.S MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO SUSCRITO EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:

NOMBRE DEL EMPLEADO:	ROBLES LUBO MAYRA ALEJANDRA
IDENTIFICACION:	1.047.413.152
CARGO:	TAQUILLERA RECEPCIONISTA
TIPO DE CONTRATO:	LABOR U OBRA DETERMINADA
SALARIO:	**566.700**
FECHA DE INGRESO:	**16/02/2012**
FECHA RETIRO:	**15/02/2013**
SALUD:	COOMEVA
PENSION:	SEGURO SOCIAL
ARP:	EQUIDAD SEGUROS

LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 22/08/2018

DE USTEDES ATENTAMENTE,

DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

Calle 22 No. 18 A - 57 local 101 - Teléfono: 422 1474 - 318 359 0795
e-mail: direccion@solucionesdeempleo.com

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 1047413152 **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 20/12/2023 04:52 PM

Código Verificación: **DVGCXRS47Z**

Válida hasta: **05/03/2024**

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-07-10 11:21

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MAYRA	ALEJANDRA	ROBLES	LUBO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1047413152

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	$12.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$12.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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 **MAYRA ALEJANDRA ROBLES LUBO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1047413152,** se encuentra afiliado/a desde **25/11/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1047413152
NOMBRES Y APELLIDOS	Robles Lubo,Mayra Alejandra
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Robles Lubo,Mayra Alejandra, a los 06 días del mes de diciembre del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos											Sexo	
											M	F

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1047413152	CARTAGENA	30-nov-07

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X							X		0			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
12	10	1989	SANTA MARTA	CALLE 8 No 4 36	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
mayrarobleslubo@gmail.com	3044870262	

Actividades de contabilidad, teneduria de libros, auditoria financiera y asesoria tributaria ccione)									Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado					6	9	2	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Actividades de contabilidad, teneduris de libros, auditoria financiera y asesoria tributaria	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo
	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	1.900.000		Total Egresos mensules	900.000
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	1.900.000		Total Pasivos	900.000
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?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

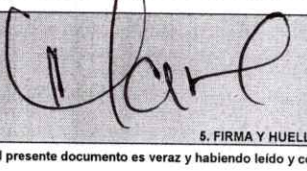
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me





5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento