

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.441.380**
POSADA GARZON
APELLIDOS
MARIA CRISTINA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-SEP-1974**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
17-DIC-1992 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00468205-F-0057441380-20130912 0034843994A 1 4692360090

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 Cristina Posada Garzon, Identificado con Cédula No. 57.441.380 y Profesión Comercio Internacional

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: María C. Posada.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: **https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: **https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/**	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	X	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		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	

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57441380**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57441380	POSADA	GARZON	MARIA	CRISTINA	2022-02-23, 2:32 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS

CODIGO: GJC18F
VERSION: 02
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023
PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) María Cristina Posada Garzon identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.441.380 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 07 del mes de Diciembre de 2023.

Firma María C. Posada-
Nombre María Cristina Posada
Cédula 57.441.380

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	
Título	Sra.
Nombre	MARIA CRISTINA
Apellidos	POSADA GARZON
Fecha de Nacimiento	19/09/1976 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	MARIA CRISTINA POSADA GARZON
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	57441380
Dirección	CALLE 25 #18 BIS-25 SANTA CATALINA
Código postal	
Estrato	4
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	gava0212@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3156821011
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 tu apodo?
Respuesta	tina
SMS para recuperar la contraseña	3156821011

Editar

Santa Marta, 07 Diciembre del 2023

Doctor

GERMAN GAVIRIA VARGAS

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

E. S. D.

Cordial Saludo

Yo **MARIA CRISTINA POSADA GARZON** identificada con la cedula de ciudadanía 57.441.380 de Santa Marta, me dirijo a usted con el fin de ofrecer mis servicios como APOYO ADMINISTRATIVO en el área de FACTURACION, para desarrollar toda actividad administrativa o que se me sean asignadas por la empresa o por mis jefes inmediatos.

Cordialmente

María C. posada.

MARIA CRISTINA POSADA GARZON
C.C 57.441.380 DE SANTA MARTA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14559477645

(415)7707212489984(8020) 000001455947764 5

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

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 25 18 BIS 25 BRR SANTA CATALINA

42. Correo electrónico: gava0212@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 2 0 0 0 6 4	3 1 5 3 5 9 1 5 2 4

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 4 9 0	2 0 1 1 1 1 0 4	8 2 2 0	2 0 1 4 0 6 1 3				4 1 2 3	

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
4 9																									

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 31

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Posada	Garzon	Maria Cristina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 57441380	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 19 MES 09 AÑO 1974	CALLE 25 N 18 25 SANTA CATALINA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3153591524	EMAIL	gava0212@hotmail.com

2 FORMACION ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1992

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		COMERCIO INTERNACIONAL	11	1997	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	07	Mes	03	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURACION	DEPENDENCIA: ADMINISTRACION Y FACTURACION						DIRECCIÓN: CARRERA 14 - cra 14 # 23-42 los alcazares					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ, D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ, D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	01	Año	2019	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: FACTURACION						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: E.E.S. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	07	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: FACTURACION						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: E.E.S. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	05	Año	2020	Día	30	Mes	06	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: FACTURACION						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 A 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AUDIFACTSALUD SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3145945814	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 16B No 1063						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

. 6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, Diciembre 07 del 2023

Maria C. posada.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24 195 del 28 de Diciembre de 1961 del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

María Cristina Posada Garzón

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 57.441.380 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de:

PROFESIONAL EN COMERCIO INTERNACIONAL

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello se firma
en Santa Marta a los 29 días del mes de noviembre de 2002

Rector

Rector Seccional

Decano de Facultad

Director Seccional

Secretario General

Registro y Archivos

Del libro de Registros y Diplomas No. 1

Refrendado en Santa Marta el día 29

de Nov de 2002

Acuerdo al folio No. 207

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 29 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 173

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES

PROGRAMA DE COMERCIO INTERNACIONAL

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: ACUERDO ICFES No.161 AGOSTO 16 DE 1991

FECHA: 29 DE NOVIEMBRE DE 2002

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

En atención a que MARIA CRISTINA POSADA GARZON

con cédula de ciudadanía No. 57.441.380 de SANTA MARTA

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de PROFESIONAL EN COMERCIO INTERNACIONAL

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No. 013 en sesión del día 23 de OCTUBRE de 2002

Para constancia se suscribe por:

JUAN CARLOS PEREZ SOTO
Rector

CESAR PEREZ GARCIA
Rector Honorario

ROQUE JULIO MORENO ESTEVEZ
Secretario General

JUAN OLIVELLA JACQUIN
Director Seccional

OSCAR [illegible] MONTOYA
Decano de la Facultad

No. 31764

62

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 12/12/2022

Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: MARIA CRISTINA POSADA GARZON
Responsable: El mismo paciente
Cargo: APOYO ADMINISTRATIVO EN FACTURACION
Edad: 48
Estado civil: Casado
Teléfono:
Nº hijos: 3
EPS: Mutual Ser EPS

Empresa en misión:
Identificación: CC: 57441380
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 19/09/1974
Genero: Femenino
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Dirección:
ARL:
AFP: Porvenir 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: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

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

Aspirante o trabajador
MARIA CRISTINA POSADA GARZON
Identificación: CC: 57441380

12

GESTION DE AUDITORIA Y SERVICIOS DE FACTURACION "AUDIFACTSALUD"
NIT 900642057-9

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE AUDIFACTSALUD S.A.S.

CERTIFICA :

Que la señora MARIA CRISTINA POSADA GARZÒN, identificada con la cedula de ciudadanía No 57.441.380, tiene un contrato por Orden de Prestación de Servicio (OPS), en esta empresa como TECNICO ADMINISTRATIVO en el área de Facturación del Hospital Universitario Fernando Troconis. Hasta el 31 de agosto del 2014 .

Se expide la presente certificación a petición del interesado a los Veintinueve (29) días del mes de Agosto de 2014

ENRIQUE DELUQUE PATENCIA
Representante Legal – AUDIFACTSALUD S.A.S

Balcones del Libertador Manzana K Casa 14
Cel: 3132973249 Correo: audifactsalud@hotmail.com
Santa Marta DTC – Colombia



C.I. ARUACOS INTERNATIONAL S.A.
Comercializadora Internacional
NIT. 819.004.872-5

EL SUSCRITO GERENTE DE C.I. ARUACOS INTERNATIONAL S.A.

CERTIFICA QUE:

La Señora MARIA CRISTINA POSADA GARZON identificada con cedula de ciudadanía No. 57.441.380 de Santa Marta, laboro en esta empresa desde el 01 de Junio de 1998 hasta Noviembre 30 de 2008 en el cargo de JEFE DE FACTURACION.

La Señora MARIA CRISTINA durante el tiempo de su permanencia, ha demostrado puntualidad, honestidad y responsabilidad en las labores encomendadas.

Se expide el presente documento a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

Santa Marta, 01 de Julio de 2011.

JOSE LUIS AVENDAÑO MORAN
GERENTE

Calle 23 N° 4-27 Oficina 603 ed. "CENTRO EJECUTIVO" Tel 315 3719258
E-mail: aruacos1@hotmail.com
Santa Marta, Colombia

12

GESTION DE AUDITORIA Y SERVICIOS DE FACTURACION "AUDIFACTSALUD"
NIT 900642057-9

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE AUDIFACTSALUD S.A.S.

CERTIFICA :

Que la señora MARIA CRISTINA POSADA GARZÒN, identificada con la cedula de ciudadanía No 57.441.380, tiene un contrato por Orden de Prestación de Servicio (OPS), en esta empresa como TECNICO ADMINISTRATIVO en el área de Facturación del Hospital Universitario Fernando Troconis. Hasta el 31 de agosto del 2014 .

Se expide la presente certificación a petición del interesado a los Veintinueve (29) días del mes de Agosto de 2014

ENRIQUE DELUQUE PATENCIA
Representante Legal – AUDIFACTSALUD S.A.S

Balcones del Libertador Manzana K Casa 14
Cel: 3132973249 Correo: audifactsalud@hotmail.com
Santa Marta DTC – Colombia



C.I. ARUACOS INTERNATIONAL S.A.
Comercializadora Internacional
NIT. 819.004.872-5

EL SUSCRITO GERENTE DE C.I. ARUACOS INTERNATIONAL S.A.

CERTIFICA QUE:

La Señora MARIA CRISTINA POSADA GARZON identificada con cedula de ciudadanía No. 57.441.380 de Santa Marta, laboro en esta empresa desde el 01 de Junio de 1998 hasta Noviembre 30 de 2008 en el cargo de JEFE DE FACTURACION.

La Señora MARIA CRISTINA durante el tiempo de su permanencia, ha demostrado puntualidad, honestidad y responsabilidad en las labores encomendadas.

Se expide el presente documento a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

Santa Marta, 01 de Julio de 2011.

JOSE LUIS AVENDAÑO MORAN
GERENTE

Calle 23 N° 4-27 Oficina 603 ed. "CENTRO EJECUTIVO" Tel 315 3719258
E-mail: aruacos1@hotmail.com
Santa Marta, Colombia

CLÁUSULAS ADICIONALES

En Santa Marta, Entre los suscritos, **JOSE RAFAEL DOMINGUEZ AYALA**, Mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía N.º 85.080.120 de Sitionuevo (Magdalena), domiciliado y residenciado en la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, en su calidad de Gerente, designado mediante decreto 654 de 4 de noviembre de 2022 de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE, identificado con el NIT. N.º 891.780.185 – 2, creado mediante Decreto 377 del 23 de Diciembre de 2005, cuya denominación fue modificada mediante Ordenanza No. 084 del 03 de diciembre de 2018, facultado para contratar de conformidad con los establecido en el Acuerdo 009 de 2015, y demás modificaciones, por una parte y por la otra **MARIA CRISTINA POSADA GARZON**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudanía No. **57441380** expedida en **SANTA ANA, MAGDALENA**, quien en adelante y para efectos del presente acuerdo de voluntades se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente documento de cláusulas adicionales, las cuales se entienden incorporadas al Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, ***suscrito por Firma electrónica en SECOP II, a través de mensajes de datos***.

1. OBJETO:	**PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.**
2. OBLIGACIONES:	1. Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato. 2. Realizar todas y cada una de las siguientes actividades: a) Armado de cuentas medicas de prestación de servicios de salud. b) Radicación de cuentas ante los entes responsables de pago. c) Revisión de cuentas pendientes por radicar. d) Cargue, digitación y liquidación diaria de información de historias clínicas de los servicios de salud prestados en la ese en el sistema de información, para radicación de cuentas. e) Solicitud de autorización de servicios al ente responsable de pago. f) Censo diario de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios asistenciales de la E.S.E. g) Soporte de cuentas medicas a radicar ante los entes responsables de pago. h) Validación de RIPS de las cuentas médicas que se presentan ante los entes responsables de pago. i) Corte de valores radicados en virtud a los contratos celebrados entre la ESE y las EAPB, para la prestación de servicio de salud. j) Recaudo concerniente a copagos y ventas a clientes particulares. k) Recepción de facturas, consolidación de soportes y elaboración de informes concernientes a aliados y prestadores de servicios de salud. l) Cargue de medicamentos, laboratorios, imagenología y demás elementos de apoyo diagnostico ambulatorio y pacientes hospitalizados. m) Recepción, control y digitalización de historias clínicas cargadas en el área de hospitalización. n) Facturación de procedimientos ambulatorios. o) Velar por el adecuado diligenciamiento de los diferentes formatos anexos a las facturas. p) Realizar cierre de facturas y verificación de tarifas pactadas entre la entidad responsable de pago y la E.S.E. 3. Cerrar todas las admisiones y liquidar todas las facturas que se generen en el mes, requisito indispensable para que el supervisor del contrato certifique la cuenta de cobro del respectivo mes.

CLÁUSULAS ADICIONALES

	4. Garantizar su presencia en los turnos asignados para la consecución de las metas propuestas. 5. Garantizar la adecuada utilización de la herramienta sistemática (software) entregada por el HUJMB. 6. Guardar plena reserva y garantizar que la información y los medios tecnológicos suministrados por la ESE no serán utilizados con otros fines que no sean el bienestar del HUJMB. 7. Garantizar que durante el proceso de transición del actual sistema de asignación no se presente ninguna anomalía en la prestación del servicio. 8. Utilizar correctamente las áreas e infraestructura que se les haga entrega al momento de iniciar la prestación del servicio y hasta la finalización del contrato. 9. Garantizar la gestión de manera eficiente de sus actividades, evitando el uso de cualquier aparato electrónico (celular, tabletas, etc.) que no sea para uso institucional.
3. VALOR:	**CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS($ 5.700.000)**
4. FORMA DE PAGO:	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en **TRES (03)** pagos de **UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (1.900.000)** parciales, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
5. CDP:	N°. **431** del mes de marzo del 2023.
6. PLAZO:	tres meses, previa legalización del contrato
7. SUPERVISOR:	La supervisión, control y vigilancia del contrato será ejercida por la **SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA,** o por quien designe el ordenador del gasto, quedando obligado EL CONTRATISTA a suministrarle toda la información que le sea solicitada para verificar el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones.
8. DERECHOS DEL CONTRATISTA	**a)** Tendrá derecho a recibir oportunamente la remuneración pactada en la cláusula del presente contrato y a que el valor intrínseco de la misma no se altere o modifique durante la vigencia del contrato. En consecuencia, tendrán derecho, previa solicitud, a que la administración les restablezca el equilibrio de la ecuación económica del contrato a un punto de no pérdida por la ocurrencia de situaciones imprevistas que no sean imputables a los contratistas. Si dicho equilibrio se rompe por incumplimiento de la entidad estatal contratante, tendrá que restablecerse la ecuación surgida al momento del nacimiento del contrato. **b)** Podrán acudir a las autoridades con el fin de obtener la protección de los derechos derivados del contrato y la sanción para quienes los desconozcan o vulneren.
9. DERECHOS DEL CONTRATANTE	Para la ejecución de los fines, se exigirá del CONTRATISTA **1.** la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. Igual exigencia podrá hacer al garante. **2.** Adelantará las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar. **3.** Solicitará la actualización o la revisión de los precios cuando se produzcan fenómenos que alteren en su contra el equilibrio económico o financiero del contrato. **4.** Adelantará las acciones conducentes a obtener la indemnización de los daños que sufran en desarrollo o con ocasión del contrato celebrado. **5.** Adoptará las medidas necesarias para mantener durante el desarrollo y ejecución del contrato las condiciones técnicas, económicas y financieras existentes al momento de proponer en los casos en que se hubiere realizado licitación o concurso, o de contratar en los casos de contratación directa. Para ello

CLÁUSULAS ADICIONALES

	utilizarán los mecanismos de ajuste y revisión de precios, acudirán a los procedimientos de revisión y corrección de tales mecanismos si fracasan los supuestos o hipótesis para la ejecución y pactarán intereses moratorios. Sin perjuicio de la actualización o revisión de precios, en caso de no haberse pactado intereses moratorios, se aplicará la tasa equivalente al doble del interés legal civil sobre el valor histórico actualizado. **6.** Sin perjuicio del llamamiento en garantía, repetirá contra los servidores públicos, contra el contratista o los terceros responsables, según el caso, por las indemnizaciones que deban pagar como consecuencias de la actividad contractual. **7.** Actuará de tal modo que, por causas a ellas imputables, no sobrevenga una mayor onerosidad en el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista. Con este fin, en el menor tiempo posible, corregirán los desajustes que pudieren presentarse y acordarán los mecanismos y procedimientos pertinentes para precaver o solucionar rápida y eficazmente las diferencias o situaciones litigiosas que llegaren a presentarse.
10. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA	EL Contratista será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones que desarrolle en el ejercicio de las actividades del presente contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la administración o a terceros.
11. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE	Los honorarios, salarios y demás pagos de personal que **EL CONTRATISTA** vincule para el cumplimiento del objeto y las obligaciones del presente contrato, serán por cuenta y riesgo de EL CONTRATISTA, en consecuencia, **EL CONTRATANTE** queda exonerado de toda responsabilidad y gasto que se ocasiones por fuera del valor estipulado en el presente contrato.
12. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES	Al presente contrato le serán aplicable las cláusulas excepcionales de interpretación, modificación, terminación unilateral y caducidad, conforme a lo establecido en los artículos 15, 16, 17 y 18 de la ley 80 de 1993. PARÁGRAFO PRIMERO: Para la imposición de las sanciones, multas o declaratorias de incumplimiento, la entidad adoptará el procedimiento establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011.
13. TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO POR RAZONES DE NULIDAD ABSOLUTA.	La parte contratante podrá dar por terminado unilateralmente el contrato mediante acto administrativo debidamente motivado y ordenará su liquidación en el estado en que se encuentre, siempre que el mismo se celebre con personas incursas en causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en la constitución y la ley, se celebre contra expresa prohibición legal o se declaren nulos los actos administrativos en que se fundamenten.
14. SOLUCION DE CONTROVERCIAS	En caso de presentarse controversias entre las partes, intentarán previamente el arreglo directo, y en caso de no llegar acuerdo, podrán acudir a cualquiera de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la Ley.
15. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	Por medio de la firma del presente contrato, EL CONTRATISTA declara bajo gravedad de juramento que no se encuentra incurso dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad que están prevista en la Constitución y en la Ley.
16. CADUCIDAD.	En virtud de esta cláusula, si se presentase alguno de los hechos constitutivos de incumplimiento de las obligaciones a cargo del Contratista previstas en el presente contrato, que afecte de manera grave y directa la ejecución del mismo y evidencie que puede conducir a su paralización, el Contratante aplicará el procedimiento dispuesto en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011.
17. MULTAS.	En caso de que EL CONTRATISTA incurra en mora o incumplimiento injustificado de las obligaciones contractuales, EL CONTRATANTE, mediante acto administrativo motivado, podrá imponerle en calidad de multa, sanciones equivalentes al uno (1%) del valor del contrato, las cuales sumadas entre sí,

CLÁUSULAS ADICIONALES

	no podrán exceder el diez (10%) de dicho valor, salvo situaciones de fuerza mayor o caso fortuito, las cuales se harán efectivas descontándolas del saldo a pagar del valor del contrato; sin perjuicio de la declaratoria de caducidad, cuando EL CONTRATANTE lo considere procedente.
18. CLAUSULA PENAL	Se estipula como cláusula penal pecuniaria la suma equivalente al diez (10%) del valor del contrato, como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que se causen al contrato, acompañado de cualquier medio idóneo de prueba del incumplimiento de EL CONTRATISTA, valor que se hará efectivo sin perjuicio de la imposición de multas y declaratoria de caducidad del contrato. **EL CONTRATANTE,** podrá tomar directamente el valor de la cláusula penal, de los saldos que adeude al contratista, por razón del contrato o de la garantía constituida. De no ser posible, se cobrará acudiendo a la jurisdicción competente. **EL CONTRATISTA,** renuncia a cualquier requerimiento judicial o privado, para hacer efectivas las obligaciones garantizadas. No obstante, **EL CONTRATANTE** podrá solicitar al contratista la totalidad del valor de los perjuicios causados que excedan el valor de la cláusula penal pecuniaria, de acuerdo con la facultad que otorgan sobre el particular, los artículos 1594 y 1600 del Código Civil, y en tal sentido se establece contractualmente que el pago de las penas previstas no extingue la obligación principal contratada y que el acreedor de las obligaciones podrá a su arbitrio pedir el pago de la pena y la indemnización de los perjuicios causados.
19. GARANTÍAS Y MECANISMOS DE COBERTURA DEL RIESGO	Con fundamento en lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015, artículo 2.2.1.2.1.4.5, que señala: "*No obligatoriedad de garantías y la justificación para exigirlas o no debe estar en los Estudios y Documentos Previos"*, no se exigirán pólizas para el presente proceso de contratación.
20. CESIONES.	EL CONTRATISTA no podrá ceder en todo o en parte de las obligaciones que le confiere el presente contrato, sin la autorización previa y escrita de LA E.S.E.
21. INDEMNIDAD.	EL Contratista, se responsabiliza y asume por su cuenta y riesgo, y así mismo librará totalmente a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, de cualquier hecho que genere reclamaciones ya sean de carácter civil, penal, policivo, o de cualquier situación, hecho a causa originado por agentes humanos que puedan originar, suscitar o producir responsabilidad contractual o extra contractual derivada de la operación por ellos organizados; deberán mantener a la ESE, indemne y libre de toda perdida, daño y pago de todo reclamo, demandas, litigio, acción legal y reivindicación de cualquier especie y naturaleza que se entable o pueda entablarse contra de la ESE, por causa de acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA o empleados en la ejecución de sus obligaciones en el presente contrato.
22. CASO FORTUITO Y FUERZA MAYOR.	Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana.
23. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN	El presente contrato requiere para su perfeccionamiento de la firma de las partes, la expedición del registro presupuestal correspondiente y la suscripción del acta de inicio.
24. REGISTRO Y APROPIACIONES PRESUPUESTALES.	El valor del presente contrato, se pagará con cargo al presupuesto de la actual vigencia, según el CDP respectivo.

CLÁUSULAS ADICIONALES

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

ADICION - PRORROGA NUMERO 001 DE 2023, AL CONTRATO PRINCIPAL DE PRESTACION DE SERVICIOS NUMERO CD20231813 DEL 01 de marzo de 2023, CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. - HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" Y MARIA CRISTINA POSADA GARZON.

Entre los suscritos, **JOSE RAFAEL DOMINGUEZ AYALA**, Mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía Nº 85.080.120 de Sitio nuevo (Magdalena), domiciliado y residenciado en la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, en su calidad de Gerente, mediante decreto 654 de 4 de noviembre de 2022 de la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE**, identificado con el NIT. Nº 891.780.185 – 2, creado mediante Decreto 377 del 23 de Diciembre de 2005, cuya denominación fue modificada mediante Ordenanza No. 084 del 03 de diciembre de 2018, facultado para contratar de conformidad con los establecido en el Acuerdo 009 de 2015, y demás modificaciones, quien para efectos del presente Adición - Prorroga número 001 de 2023, se denominará **EL HOSPITAL,** por una parte y por la otra **MARIA CRISTINA POSADA GARZON,** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. **57441380**, quien para efectos de la presente Adición - Prorroga número 001 de 2023, se denominará **EL CONTRATISTA,** hemos acordado suscribir la presente Adición - Prorroga número 001, al contrato principal **CD20231813** del **01 de marzo de 2023**, previo los siguientes considerandos: **PRIMERO:** Que se celebró el contrato de Prestación de Servicios Número **CD20231813**del **01 de marzo de 2023**, cuyo objeto es "***PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE..***" **SEGUNDO:** Que en las cláusulas adicionales del contrato se estableció lo siguiente: ***VALOR:*** El valor del presente contrato es de ***CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($5.700.000).*** **FORMA DE PAGO:** El HUJMB cancelará mensual al contratista en **Tres (03)** Pagos, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato. **CUARTO:** Que el compromiso contractual asumido en el contrato Principal y Adición-Prorroga, se encuentran amparados con certificado de Disponibilidad Presupuestal, expedido por el jefe de presupuesto de la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DE SANTA MARTA. QUINTO:** Que, con posterioridad a la firma del mismo, y debido a la dinámica y variables impredecibles en la ejecución del contrato, la supervisión del contrato advirtió a las partes que resulta conveniente hacer una adición-Prorroga al contrato, para que la ESE cuente con lo que requiera en cuanto a las necesidades que se presenten en relación con la prestación de los servicios hasta la fecha contratada en el contrato de Prestación de Servicios No. **CD20231813** del **01 de marzo de 2023 SEXTO:** Que la adición – Prorroga, tendrá un valor de ***UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.900.000)*** y una prórroga por un mes, previo Perfeccionamiento y legalización. **SEPTIMO:** Que a la fecha de suscripción de la presente Adición - Prorroga No. 001 del 2023, se encuentra en ejecución el contrato principal**. OCTAVO:** Que el estatuto de contratación de la entidad adoptado mediante acuerdo 009 de 28 de diciembre de 2015, en su **artículo 35** que *"en el caso de celebrar una adición o prorroga al contrato, el contratista deberá ampliar las garantías iniciales"* así mismo en el mismo artículo **parágrafo primero** establece *"Los contratos que celebre la ese, solo podrán adicionarse en dinero hasta un cincuenta por ciento (50%) del valor del contrato"* **NOVENO:** Que el Manual de contratación de la entidad adoptado mediante Resolución 272 de 10 de septiembre de 2019, en su el artículo 50 establece: *"Cuando se presenten circunstancias especiales, que justifiquen la modificación de alguna de las cláusulas del mismo, las partes suscribirán, un acta o documento donde consten tales circunstancias y dicha modificación, adición o prorroga se hará constar en contrato adicional que se anexara al contrato principal y que siempre deberá estar justificado en todo caso deberá tener en cuenta los casos de fuerza mayor o caso fortuito debidamente acreditados. Para tales efectos deberá ajustarse o ampliarse la garantía de ser necesario".* **DECIMO:** Que teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, las partes proceden a la suscripción, perfeccionamiento y legalización de la presente Adición - Prorroga número 001 del 2023, el cual se regirá por las siguientes cláusulas. **CLÁUSULA PRIMERA: MODIFICAR** el **VALOR, FORMA DE PAGO Y TIEMPO DE EJECUCIÓN** pactados en el contrato de **PRESTACION DE SERVICIOS No. CD20231813 del 01 de marzo de 2023. CLAUSULA SEGUNDA: VALOR Y FORMA DE PAGO:** Las partes acuerdan adicionar el valor del contrato principal en la suma de ***UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($1.900.000),*** la cual se cancelará mensual al contratista en Un (01) Pago, equivalente al cumplimiento de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato los demás documentos que conforme a los

procedimientos estén establecidos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. **CLÁUSULA TERCERA:** Prorrogar el tiempo de ejecución en un mes, previo Perfeccionamiento y legalización de la presente Adición – Prorroga, sin exceder del 30 de junio de 2023. **CLAUSULA CUARTA: PERFECCIONAMIENTO:** La presente adición - Prorroga quedará perfeccionada una vez sea publicada y firmada en la Plataforma del Secop 2 **CLAUSULA QUINTA: VIGENCIA DE ESTIPULACIONES:** Todas las estipulaciones contractuales del contrato principal, no modificadas por el presente acuerdo, permanecen vigentes y su exigibilidad permanece. **CLAUSULA SEXTA: MANIFESTACION:** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia se obligan en todas sus órdenes y expresiones.

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 57441380 **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 07/12/2023 11:46 AM

Código Verificación: **GW1T3Z9HBJ**

Válida hasta: **06/03/2024**

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-09-13 15:04

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	CRISTINA	POSADA	GARZON

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	57441380

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	$22.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$22.800.000,00

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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DAMIAN	RAFAEL	DIAZ GRANADOS	BOLAÑO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 85457215

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:

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **POSADA GARZON MARIA CRISTINA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **57441380** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**01/06/2020**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 07 de diciembre del 2023. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

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

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA CRISTINA POSADA GARZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **57.441.380**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

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 CRISTINA POSADA GARZON** con **CC** No. **57441380**, 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 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/09/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AYUDANTE AMBULANCIA **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): 202301022133386.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 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	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculacion
SANTA MARTA	FACTURACION	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: MARIA CRISTINA POSADA GARZON												Sexo		
												M	F	X

Tipo de Documento								Numero	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	57.441.380	SANTA MARTA	

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	2	X				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
			SANTA MARTA - MAGDALENA	CALLE 28 # 16 BIS - 28 SANTA CATALINA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
GAVA 0212@HOTMAIL.COM	3156829011	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				7	4	9	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p.	

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
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privado		Mixta		Otra, cual?	FACTURACION

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 # 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	605 4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto políticamente?	SI		NO	X

3. INFORMACION FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.000.000	Total Egresos mensuales	1.000.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 08	Año 2025	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?

SOY SERVIDOS PUBLICO Y NO OSTENTO DE PODER NI RECONOCIMIENTO PUBLICO.

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

NO SOY PERSONA POLITICA MENTE EXPUESTA

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

EL ORIGEN DE FONDOS QUE MANEJO PROVIENEN DE LA REMUNERACION QUE POSEO POR PRESTAR MIS SERVICIO EN EL HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE

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 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, compartir, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiero 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 cumplimiento 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



6. 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):

Maria C. Posada.

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento