HJMB
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO

CODIGO: GJC16F
VERSION: 06
FECHA DE ULTIMA 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**, Valentina Iglesia Ortiz, Identificado con Cédula No. 1004137506 y Profesión Aux Administrativo **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: Valentina Iglesia

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	✓	
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	✓	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		✓
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		✓
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	✓	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		✓
13	Convalidación de Titulo – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		✓
14	Tarjeta Profesional	✓	
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**)	✓	
16	Soporte de experiencia laboral.	✓	
17	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	✓	
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**)	✓	
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
21	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	

COPIA CONTROLADA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-2000
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
02-MAR-2018 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
P-2100100-00991551-F-1004371506-20180403
0060597111A 2
47387436


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.004.371.506
IGLESIAS UTRIA
APELLIDOS
VALENTINA
NOMBRES
Valentina Iglesias
FIRMA

SIJI

Pantalla Principal

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar Registro

Has buscado el numero de identificacion: 1004371506 resultados

encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1004371506	IGLESIAS	UTRIA	VALENTINA	0	2022-02-23, 8:04 a. m.

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

El (la) suscrito(a) Vdlentina Iglesias Ortiz identificado con C.C./C.E./P.P No. 1004371506 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 7 del mes de Diciembre de 2023.

Firma Vdlentina Iglesias
Nombre Vdlentina Iglesias
Cédula 1004371506

COPIA CONTROLADA

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 15:38:52
VALENTINA IGLESIA...

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	Técnico Administrativo
Título	
Nombre	Valentina
Apellidos	Iglesias utria
Fecha de Nacimiento	27/02/2000 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	Valentina Iglesias utria
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1004371506
Dirección	
Código postal	
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	valentinaiglesias55@gmail.com
Teléfono	
Celular	3002862017
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3002862017
SMS para recuperar la contraseña	3002862017

Editar

VALENTINA IGLESIAS UTRIA
TECNICO ADMINISTRATIVO
SENA
DIR.: CALLE 17 A #12 A 98
Cel: 3002862017
Email: valentinaiglesias55@gmail.com

Santa marta D. T. C, 07 de Diciembre 2023

Doctor
German Gaviria Vargas
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRECNECHE

REFERENTE: PROPUESTA PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA PRESTACION DE SERVICIO COMO TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE FACTURACION DEL HUJMB

Cordial saludo,

La suscrita: Valentina Iglesias Utria, identificada con cedula de ciudadanía N° 1004371506 de Santa Marta, de acuerdo con los requerimientos de la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRECNECHE** me dirijo a usted con el fin de prestar mi **PROPUESTA** para ejercer la prestación de servicios como TECNICO EN ADMINISTRACION EN EL AREA DE FACTURACION, en esta digna institución que usted lidera.

En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones del objeto del contrato que se me adjudique, contando con tener la oportunidad de que esta propuesta me sea aceptada.

Atentamente,

Valentina Iglesias

_____
VALENTINA IGLESIAS UTRIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945952081

(415)7707212489984(8020) 000001494595208 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 4 3 7 1 5 0 6	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

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
IGLESIAS	UTRIA	VALENTINA	

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 17 A # 12 A 98

42. Correo electrónico valentinaiglesias55@gmail.com

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

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
0 0 1 0	2 0 2 1 0 4 0 1							

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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados 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 - 09 - 11 / 10 : 39: 42

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre IGLESIAS UTRIA VALENTINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Iglesias	Utria	Valentina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1004371506	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES 02 AÑO 2000

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 17a #12a 98

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL valentinaiglesiasu@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2015
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ECONOMIA	04	2021	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* APOYO FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	01	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 23 42 14					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	04	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	13	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	01	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	01	*Mes*	06	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	01	*Mes*	04	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	01	*Mes*	03	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	01	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMISTRATIVA	*DEPENDENCIA* APOYO FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 24					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	02	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	01	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1843 TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	01	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 42032323	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 32 22 8						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	1

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 07 de diciembre 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia,

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre,

LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Personería Jurídica - Resolución 831 del 3 de diciembre de 1974

ACREDITADA POR ALTA CALIDAD

En atención a que

VALENTINA IGLESIAS UTRIA

C.C. Nº 1.004.371.506

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, en testimonio de ello le otorga el título de

ECONOMISTA

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Marta, a los 30 días del mes de Abril de 2021

Registrado en el folio 34 del libro de Diplomas 64 de la Universidad del Magdalena

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

j7o0eeVrRnI!

República de Colombia

y en su nombre

Institución Educativa Distrital

"Magdalena"

Del Distrito Turístico Cultural e Histórico
de Santa Marta - Magdalena

Aprobado por resolución 884 de 28 de noviembre de 2002 de la Secretaria de educación distrital de Santa Marta D.T.C.H

Confiere a:

Valentina Iglesia Utria

Identificada con El numero de identidad 1004371506 De Santa Marta

Bachiller Técnico

Especialidad Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

Anotado en el control interno del plantel en el

Acta No. 053 Folio No. 054

Dado en Santa Marta, a los 3 días del mes de Diciembre de 2015

Escaneado con CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Hace constar que

VALENTINA IGLESIAS UTRIA

Con la Tarjeta de Identidad No. 1004371506

Curso y aprobo la accion de formación

TECNICO EN ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

Certificado Simbólico no reemplaza al original

Escaneado con CamScanner

CONSEJO NACIONAL
PROFESIONAL DE ECONOMÍA

República de Colombia
MATRÍCULA PROFESIONAL
DE ECONOMISTA



N° 61491 Expedición: 30/06/2021

VALENTINA
IGLESIAS UTRIA
C.C 1004371506
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

JORGE VALENCIA JARAMILLO
Presidente del Consejo

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 23/Abr/2021, **Hora:** 07:33:15 a.m.
HC: # 63272
Apellido: Iglesias Utria **Nombre:** Valentina
Edad: 21 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1004371506
Sexo: Femenino ♀
Empresa: Particular
Nacim: 27/Feb/2000
Cargo: Administrativo
Rh: O+
Direccion: Cll 17a N 12-98 Cundi
Telefono: **Celular:** 3002862017 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 53 Kg **Estatura:** 157 Cm **IMC:** 21.5 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Mutualser **ARL:** Positiva **AFP:** Sin Definir

.

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Realizar Pausa Activas
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad
.
Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

Observaciones

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

Valentina Iglesias Utria
CC 1004371506

Huella Digital

EL GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **VALENTINA IGLESIAS UTRIA**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.004.371.506** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **2765** de fecha 01 julio de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 julio al 31 agosto de 2021, por un valor TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000).
2. **ADICIÓN Y PRORROGA** No. 001 de la orden de prestación de servicios No. **2765** de fecha 31 de agosto de 2021, con un plazo de ejecución del 01 al 30 de septiembre de 2021, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
3. No. **2978** de fecha 01 de octubre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de octubre de 2021, por un valor UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
4. No. **3954** de fecha 02 de noviembre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de noviembre al 30 de noviembre de 2021, por un valor UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
5. No. **4125** de fecha 01 de diciembre de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de diciembre al 31 de diciembre de 2021, por un valor UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
6. No. **633** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 28 de febrero de 2022, por un valor de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000).
7. No. **1042** de fecha 01 de marzo de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de marzo al 31 de marzo de 2022, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).
8. No. **1282** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de mayo 2022, por un valor de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000).
9. No. **2278** de fecha 01 de junio de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de junio al 31 de julio 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
10. No. **2658** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de octubre de 2022, por un valor de CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS ($5.100.000).
11. No. **3636** de fecha 01 de noviembre de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de noviembre al 31 de diciembre de 2022, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

12. No. **389** de fecha 13 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 27 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000).
13. No. **1819** de fecha 04 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

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

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los catorce (14) días del mes de junio de 2023.

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE (E)

REVISÓ: JARID YESID THOMAS PADILLA.
ASESOR JURÍDICO EXTERNO OFICINA JURÍDICA.

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

VIGILADO Supersalud

hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

A quien interese:

EL DIRECTOR DEL GRUPO DE ANÁLISIS EN CIENCIAS ECONÓMICAS (GACE), ADSCRITO A LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

CERTIFICA:

Qué la señora Valentina Iglesia Utria identificada con cédula de ciudadanía No. 1.004.371.506, se encuentra vinculada como investigadora activa al GACE desde el mes de enero del año 2018.

La presente solicitud se expide a solicitud del interesado el (01) días del mes de abril de 2019.

JAIME ALBERTO MORÓN CÁRDENAS
Director
Grupo de Análisis en Ciencias Económicas (GACE)
Tel: 4217940 Ext. 1197
jmoron@unimagdalena.edu.co
gace@unimagdalena.edu.co

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 1004371506 **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 09:36 AM

Código Verificación: **YETNVQ2A4L**

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	2023-09-11 09:00

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
VALENTINA		IGLESIAS	UTRIA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004371506

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	$20.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$20.000.000,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **IGLESIAS UTRIA VALENTINA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1004371506** 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:	**21/07/2021**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 7 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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **IGLESIAS UTRIA VALENTINA** identificado(a) con **CC** número **1.004.371.506** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de junio de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 7 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202212121522

HJMB 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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos VALENTINA IGLESIAS UTRIA												Sexo			
												M		F	X
Tipo de Documento							Número		Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1004371506	COLOMBIA		02 DE MARZO 2018			
Estado Civil (Seleccione)							Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo			Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X										X				X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
27	2	2000	SANTA MARTA	CALLE 17 A #12 A 98	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
VALENTINAIGLESIAS55@GMAIL.COM	3002862017	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
00,10	ASALARIADO

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 JULIO MENDEZ BARRENECJE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

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

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$1,700,000	Total Egresos mensules	$ 1,700,000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	

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



Valentina Iglesias

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información apartada 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