En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, MARINELA MOYA MUÑOZ, Identificado con Cédula No. 36.640.761 y Profesión PROFESIONAL UNIVERSITARIA ESPECIALIZADA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
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
	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 Profesiona		X
15	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**	X	
16	Soporte de experiencia laboral.	X	
17	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	X	
18	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)	X	
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
21	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	

COPIA CONTROLADA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.640.761**

MOYA MUÑOZ

APELLIDOS

MARINELA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1976**

GUAMAL
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

O- G.S. RH

F SEXO

22-ABR-1996 GUAMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00201655-F-0036640761-20091204 **0018646881A 1** 4410107232

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36640761**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36640761	MOYA	MUÃ‘OZ	MARI	NELA	2022-03-07, 5:51 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	36640761	MOYA	MUÃ‘OZ	MARINELA	M	2022-07-15, 2:43 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	36640761	MOYA	MUÃ‘OZ	MARINELA	.	2022-12-12, 9:58 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
4	36640761	MOYA	MUÃ‘OZ	MARINELA	.	2023-02-06, 11:03 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
5	36640761	MOYA	MUÃ‘OZ	MARINELA	.	2023-05-31, 10:56 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
6	36640761	MOYA	MUÃ‘OZ	MARINELA	.	2023-09-06, 10:22 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
7	36640761	MOYA	MUÃ‘OZ	MARINELA	.	2023-12-01, 2:52 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) MARINELA MOYA MUÑOZ , identificado con C.C./C.E./P.P 36.640.761 expedida en Guamal - Magdalena, 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 01 del mes de Diciembre de 2023.

Firma _____

Nombre MARINELA MOYA MUÑOZ

Cédula 36.640.761

COPIA CONTROLADA

DOCUMENTOS PRECC | DOCUMENTOS PRECC | SIJI - Hospital Univers | Envío certificado de a | Mis Cuentas Médicas | Ver

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=23000629

:: RESULTADOSLAB :: | GaleNUx, sistema d... | Topra | Mis Cuentas Médicas | Recibidos (585) - gl... | Entrega de Resulta... | GLOSAS Y CONCILI... | rptFacturaElectronic... | Otros marcadores

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 11:02:57
MARINELA MOYA

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	auditora
Título	
Nombre	marinela
Apellidos	moya muñoz
Fecha de Nacimiento	20/10/1976 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Nombre y apellido	marinela moya muñoz
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	36640761
Dirección	
Código postal	
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	nelamoya201076@gmail.com
Teléfono	
Celular	3118032695
Nivel Educativo	Posgrado

Configuración

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

MARINELA MOYA MUÑOZ
ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD
UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZANO
Dir.: Boulevar de la 19 Mz B casa 56
Cel: 3118032695
Email: nelamoya201076@hotmail.com

Santa Marta D. T. C. Diciembre del 2023

Doctor

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente E
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTA PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN AUDITORIA EN SALUD PARA EL AREA DE GESTION DE LA AUDITORIA DEL HUJMB

Cordial saludo,

La suscrita: **MARINELA MOYA MUÑOZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. 36.640.761 de Guamal -Magdalena, de acuerdo con los requerimientos de la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** me dirijo a usted con el fin de presentar mi **PROPUESTA** para ejercer la prestación de servicios como PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN AUDITORIA EN SALUD, 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,

Declaro así mismo:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.

- Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.

MARINELA MOYA MUÑOZ
ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD
UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZANO
Dir.: Boulevar de la 19 Mz B casa 56
Cel: 3118032695
Email: nelamoya201076@hotmail.com

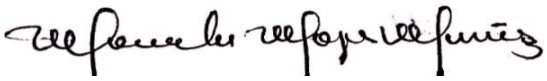
- Que conozco la información general y demás documentos de las condiciones del presente PROCESO DE CONTRATACION y que acepto los requisitos en ellos contenidos.

- Que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley y que no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

- Que no he sido sancionada mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna Entidad Oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha.

- Que si se me adjudica el contrato, me comprometo a constituir la póliza requerida y a suscribirla dentro de los términos señalados para ello.

Atentamente,



_____

Firma del proponente

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14919221631

(415)7707212489984(8020) 000001491922163 1

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Guamal 3 1 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOYA	MUÑOZ	MARINELA	

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
BLV DE LA DIESCINUEVE MZ B CA 56

42. Correo electrónico nelamoya201076@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
4 7 0 0 0 1	3 1 1 8 0 3 2 6 9 5	4 2 2 2 0 1 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 7 0 4 1 8						2 2 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
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 - 01 - 12 / 3 : 15 :19

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 MOYA MUÑOZ MARINELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

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
Moya	Muñoz	Marinella

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36640761 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 20 MES 10 AÑO 1976

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: GUAMAL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

BOULEVARD DE LA 19 MZ B CASA 56 CASA CIUDADELA 29 DE JULIO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: nelamoya201076@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1994
										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	
POSTGRADO	4	X			06	2005	Resolucion No. 47 1094
POSTGRADO	3	X			12	2017	
PREGRADO	8	X			11	2018	Resolución No.47 223

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N° 23- 42 LOS ALCAZARESS					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N° 23- 42 LOS ALCAZARESS					

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N° 23- 42 LOS ALCAZARESS					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD 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*	01	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N ° 23 -42 los alcazares					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD 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*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUDITORIA						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD 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	05	*Mes*	06	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD 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	03	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUDITORIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUDITORIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUDITORIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* SIN DATO					
DEPARTAMENTO SIN DATO	*MUNICIPIO* SIN DATO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3157199484	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	05	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 Esquina Barrio Alcázares					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	05	*Año*	2016	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 Carrera 14 N° 23 -42 Los Alcazares					
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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	05	*Año*	2016	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 Carrera 14 N° 23 -42 Los Alcazares					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	05	*Año*	2016	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 Carrera 14 N° 23 -42 Los Alcazares						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	05	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
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 3118032695	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	05	*Año*	2016	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORA EN SALUD Y CUENTAS	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 1414 14 23 CARRERA 14 #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)

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	7	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	6

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. 01 DE DICIEMBRE /2023



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

El

Colegio Nacional de Bachillerato
Bienvenido Rodriguez
Guamal - Magdalena

Aprobado por Res. Nº 1475 y 1477 del 21 de Nov. de 1.990
Emanada de la Secretaria de Educación del Magdalena
Confiere a :

MARINELA MOYA MUÑOZ

Identificado con TI No. GUAMAL de 30393

El titulo de

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Vocacional,
según los planes y programas vigentes.

Dado en GUAMAL MAGD. a 7 de DICIEMBRE de 1994

Acta de Grado

En la ciudad de Guamal, Magd. a los 7 días del mes de Diciembre del año de 1994 se reunieron, con el fín de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO NACIONAL DE BTO. "Bienvenido Rodriguez" . . . . . modalidad BTO. ACADEMICO institución aprobada hasta 1995 en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad BACHILLERATO ACADEMICO . . . . , según Resolución(es) Número(s) 1475-1477 Nov. 21-1990

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional , se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE
64	MOYA MUÑOZ MARINELA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C.# 76102030393 Guamal, Magdalena

Es fiel copia tomada del Acta original No. 022 de fecha Diciembre 7-1994 que consta de 114 alumnos graduados, comienza con el nombre de ALFARO CAMACHO CARLOS GUILLERMO . . . y se cierra con el nombre de ZAMBRANO RANGEL DONALBIS. . .

firmado y sellado por Lic. Hernando Alberto Zambrano Avendaño (Rector) y Libia Hinojosa Alvarado. . . (Secretario)

Dada en Guamal, Magd. a los (7) días del mes de Diciembre de 1.994

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.

Firmado y Sellado

Lic. Hernando Alberto Zambrano Avendaño
El Rector o Director(a)

c.c. No. 5.039.682 Guamal, Magdalena

Libia Hinojosa Alvarado
El Secretario(a)

c.c.No. 26.783.473 Guamal. Magdalena

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Marinela Mioya Muñoz

C.C. No. 36.640.761 de Guamal - magd.

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

fisioterapeuta

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

Como Notario Segundo del Círculo de Santa Marta, - Hago constar que esta FOTOCOPIA coincide con el DOCUMENTO ORIGINAL que he tenido a la vista
- 7 OCT 2011
ALEJANDRO FABIAN LOPEZ PINALOZA NOTARIO COLOMBIA
MERCEDES PERTUZ MOZO

Decano
UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Barranquilla
Facultad de Ciencias de la Salud
DECANATURA

El Rector
UNIVERSIDAD LIBRE
RECTORIA

El Secretario General
UNIVERSIDAD
Oficina de Admisiones y Registro

Barranquilla

de 1998.

lio 43 Libro 2

16 de Enero de

Registro 1932 Folio 115 Libro de Registro

Jefe de Admisiones y Registro

UNIVERSIDAD LIBRE

CT 20401

UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Barranquilla

Km 7 Vía antigua Pto. Colombia
Conmutador: 3598866
Fax: 3598867

Miembros de la
Asociación Colombiana
de Universidades

Acta de Grado No. 21
Folio No. 13

En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Barranquilla siendo las 2:00 del día treinta (30) de Enero de 1999, se reunieron los Doctores PEDRO ARAGON CANCHILA, Rector Seccional, BETTY LLANOS DE BLANCO, Decano de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD y TULIO DIAZ PERTUZ, Secretario Académico de la misma Facultad; con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación hecha por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 25-X de 1996, de acuerdo con el literal 10 del art. 34 del Estatuto de la Corporación Universidad Libre, del egresado MOYA MUÑOZ MARINELA identificado con la C.C. No. 36.640.761 de: GUAMAL (MAGD.) quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y Reglamentos del programa, en virtud de lo expuesto

R E S U E L V E:

Otorgarle el título de FISIOTERAPEUTA, al egresado MOYA MUÑOZ MARINELA, previo juramento que se le toma por el Rector Seccional; acto seguido se procede a hacer entrega al graduado Sr. (a) MOYA MUÑOZ MARINELA del Diploma y copia de la presente Acta de grado.

En testimonio de lo anterior se firma la presente acta de Grado en la ciudad de Barranquilla a los 30 días del mes de Enero de 1999

Para constancia se expide y firma la presente Acta

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL BARRANQUILLA
RECTORIA

El Rector

UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Barranquilla
Facultade de Ciencias de la Salud
DECANATURA

El Decano

El Secretario Académico

Marinela Moya Muñoz
El Graduado

UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Barranquilla
Facultade de Ciencias de la Salud
SECRETARIA ACADEMICA

NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO
MERCEDES PERTUZ MOZO
NOTARIA ENCARGADA

Como Notario Segundo del Círculo de Santa Marta, hago constar que esta FOTOCOPIA coincide con el DOCUMENTO ORIGINAL que he tenido a la vista
– 7 OCT 2011
ALEJANDRO JOSE LOPEZ PINILLOZA
NOTARIO
REPUBLICA DE COLOMBIA

República de Colombia

La Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar

(Autorizada por Resolución No. 2621 de 31 de Marzo de 1977 del Ministerio de Educación Nacional)

Confiere a

MARINELA MOYA MUÑOZ

C. C. No. 36'640.761 de Guamal

el título de

Especialista en Adaptación y Rehabilitación Cardiopulmonar y Vascular

(Acuerdo No. 022 del 28 de Agosto de 2000)

En fe de lo cual se expide el presente Diploma en Barranquilla, República de Colombia, a los 9 días del mes de Septiembre de 2005

El Secretario General

El Rector

El Director del Programa

Diploma Folio No. 2611 del

Libro de Diplomas No. 49

Secretaria General de la Corporación

Corporación Educativa Mayor del Desarrollo
Simón Bolívar
NIT. 890.104.633-9

Carrera 59 No. 59-92
Tels: 3444333 - 3441265
3686918 • Fax: 3682892

Apartado Aéreo: 50595
Barranquilla • Colombia

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLÍVAR. INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA, AUTORIZADA POR RESOLUCION No. 2624 DE 31 DE MARZO DE 1997, EMANADA DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 023

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los 09 días del mes de Septiembre del año Dos Mil Cinco, en la Casa de la Cultura de América Latina de esta Corporación, se reunieron la Sala General y el Consejo de Gobierno, con el fin de presidir la ceremonia de Graduación. El señor Rector Ejecutivo de la Corporación doctor EUGENIO BOLIVAR ROMERO, procedió a tomarle el juramento de rigor a la doctora:

MARINELA MOYA MUÑOZ

Identificada con la C.C. No.36.640.761 de Guamal (Magdalena) y a hacerle entrega del Diploma que lo acredita como:

ESPECIALISTA EN ADAPTACION Y REHABILITACION CARDIOPULMONAR Y VASCULAR

Acuerdo No. 022 de Agosto 28 de 2000.

En constancia se extiende y se firma esta Acta. FDO. EUGENIO BOLIVAR ROMERO, Rector Ejecutivo. FDO. ESTELA CRISSIEN DE PEREZ, Directora del Programa. FDO. RAFAEL BOLAÑO MOVILLA, Secretario General.

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

RAFAEL BOLAÑO MOVILLA
Secretario General

Barranquilla, 09 de Septiembre de 2005

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UTADEO
UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

LA UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

PERSONERÍA JURÍDICA No. 2613 DE 1959. MINJUSTICIA

CON LAS DEBIDAS AUTORIZACIONES LEGALES Y EN CONSIDERACIÓN A QUE

Marinela Moya Muñoz

C. C. 36'620.761 de Guamal

TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LAS PRUEBAS REGLAMENTARIAS,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad de la Salud

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL,
A LOS 6 DÍAS DEL MES DE abril DEL AÑO 2018

RECTORA

DECANO

SECRETARIO GENERAL

LIBRO DE REGISTRO DE GRADO No. 24 , FOLIO 102 , REGISTRO No. 226801

LIBRO DE ACTAS DE GRADO No. 9 , FOLIO 138 , ACTA DE GRADO No. 593

032635

UTADEO

UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

ACTA DE GRADO

El Suscrito Secretario General de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, certifica la parte pertinente del Acta de Grado número QUINIENTOS NOVENTA Y TRES (0593) correspondiente al día SEIS (06) de ABRIL de DOS MIL DIECIOCHO (2018).

Registrada en el Libro de Actas de Posgrado número NUEVE (9), folio número CIENTO TREINTA Y OCHO (138).

Libro de Registro VEINTICUATRO (24), folio número CIENTO DOS (102). Registro número DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS UNO (226801).

"En la ciudad de Santa Marta, siendo las QUINCE HORAS y CERO MINUTOS (15:00) del día SEIS (06) de ABRIL de DOS MIL DIECIOCHO (2018).
Bajo la presidencia de la Rectora de la Universidad Jorge Tadeo Lozano se efectuó la Ceremonia de grado con el fin de otorgar el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA SALUD

A

MARINELA MOYA MUÑOZ

Identificado(a) con cédula de ciudadanía número 36640761, quien terminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los requisitos exigidos por la institución.

La Rectora en nombre y representación de la Universidad y previo juramento, hizo entrega del diploma correspondiente.

Se firma la presente Acta por los que en ella intervinieron:

RECTORA CECILIA MARÍA VÉLEZ WHITE
DIRECTOR DE LA SEDE DE SANTA MARTA ANDRÉS FRANCO HERRERA
SECRETARIO GENERAL CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN
DECANO DE LA FACULTAD CARLOS ANDRÉS BRANDO SALAMANCA"

Se expide en BOGOTA, el día SEIS (06) de ABRIL de DOS MIL DIECIOCHO (2018).

CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN
Secretario General

Personería Jurídica No. 2813 de 1959. Mineducación.

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



Fecha: 12/Dic/2022, **Hora:** 11:36:34 a.m.
HC: # 75487
Apellido: Moya Muñoz **Nombre:** Marinela
Edad: 46 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36640761
Sexo: Femenino ♀
Empresa: Particular
Nacim: 20/Oct/1976
Cargo: Fisioterapeuta Auditora
Rh: O-
Direccion: Bulevar De La 19 Mz B Casa 56
Telefono: **Celular:** 3118032695 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 55 Kg **Estatura:** 156 Cm **IMC:** 22.6 **Escolaridad:** Especialista **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Medimas **ARL:** Colmena **AFP:** Porvenir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

Mirta Cecilia Nuñez Gutierrez
Medico Especialista En Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional
Licencia LEO-1725

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

Marinela Moya

Marinela Moya Muñoz
CC 36640761

Huella Digital

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE REHABILITACION Y DIAGNOSTICO
"FERNANDO TROCONIS"

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN Y DIAGNOSTICO "FERNANDO TROCONIS" NIT No. 891.780.185-2

C E R T I F I C A:

Que **MARINELA MOYA MUÑOZ**, identificada con cédula de ciudadania número 36.640.761 expedida en Guamal (Magdalena), laboró en esta institución desde el día Catorce (14) de febrero del presente año hasta el día 18 de septiembre del 2000, desempeñando el cargo de Terapista, con una asignación mensual de **CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS ($478.935.oo) MCTE.**

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada. A los diez y siete (17) días del mes de octubre de 2000.

Atentamente.

ZAHAYRA PALACIO BETTER
Jefe de Recursos Humanos.

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
NIT: 891.780.185-2

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "FERNANDO TROCONIS"

CERTIFICA

Que la Señora, **MARINELA MOYA MUÑOZ**, identificada con la cédula de ciudadanía Número **36.640.761** expedida en Guamal (Magdalena), laboró el Centro de Rehabilitación y Diagnostico "Fernando Troconis", hoy E.S.E. Hospital Universitario Fernando Troconis, desde el Catorce (14) de Febrero a el Dieciocho (18) de Septiembre del 2000, desempeñando el cargo de Terapista.

Lo anterior se expide por solicitud del interesado, en Santa Marta a los Ocho (8) días del mes de Marzo de 2016.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
Profesional Especializado
G. F. Gestión de Talento Humano

UNIDAD CARDIOLÓGICA
MORALES DAZA

Calle 23 No 15-65 Los Alcázares
Teléfono 4312437 - Celular: 3002749377
Santa Marta – Magdalena

CERTIFICO:

Que la señora **MARINELA MOYA MUÑOZ**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.640.761, expedida en Guamal – Magdalena, presta sus servicios profesionales como fisioterapeuta en rehabilitación cardiaca, desde Julio 21 de 2016.

Su vinculación se da por contrato indefinido

La siguiente certificación se expide a petición del interesado a los (25) días del mes de Enero de 2018.

Atentamente,

HILIANA ESTHER DAZA RINCONES
C.C. 36.541.508 de Santa Marta
Representante Legal

CENCAR
CENTRO CARDIOVASCULAR DEL MAGDALENA S.A.
Los que saben del corazón !

ISO 9001 Icontec
CERTIFICADO
No. SC7060-1

LA SUSCRITA GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO CARDIOVASCULAR DEL MAGDALENA S.A.

CERTIFICA:

Que la Sra. **MARINELA MOYA MUÑOZ** Identificada con cedula de ciudadanía N° 36.640.761 de Guamal, Magdalena, Labora en esta institución como Fisioterapeuta - Rehabilitadora Cardiaca, desde 24 de Octubre de 2005, mediante contrato a término fijo inferior a un año, devengando por concepto de salario la suma mensual de $2.150.000

La presente certificación se expide a solicitud de la parte interesada, a los Veintisiete (27) días del mes de mayo de 2015

Atentamente,

ILIANA MORA ACUÑA
GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL

Calle 25 No.4-140
Tel. 423 1662 - 423 1876
E-mail: info@cencardelmagdalena.com
www.cencardelmagdalena.com
Santa Marta D.T.C.H -Colombia

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **MARINELA MOYA MUÑOZ,** identificada con cedula de Ciudadanía No. **36.640.761**, expedida en Guamal (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **2142** de fecha 17 de mayo de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de mayo al 30 de junio de 2016, por un valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000).
2. No. **2800** de fecha 15 de Julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 15 de Julio al 31 de Agosto de 2016, por un valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000).
3. No. **3291** de fecha 01 de Septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Septiembre al 31 de Octubre de 2016, por un valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000).
4. No. **3871** de fecha 02 de Noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2016, por un valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000).
5. No. **400** de fecha 03 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Enero al 30 de Junio de 2017, por un valor de DOCE MILLONES DE PESOS ($12.000.000).
6. No. **902** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Julio al 31 de Agosto de 2017, por un valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000).
7. No. **1966** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Septiembre al 30 de Septiembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000).
8. No. **2825** de fecha 04 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Octubre al 30 de Noviembre de 2017, por un valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000).
9. **ADICIÓN Y PRORROGA** No. 001 de fecha 29 de noviembre de 2017, a la orden de prestación de servicios **No. 2825** con un plazo de ejecución contando a partir del 01 al 31 de diciembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000).
10. No. **381** de fecha 04 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Enero al 30 de Junio de 2018, por un valor de DOCE MILLONES DE PESOS ($12.000.000).

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

11. No. **1198** de fecha 03 de julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de julio al 30 de septiembre de 2018, por un valor de SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN FÍSICA, DIAGNÓSTICOS TERAPÉUTICOS, ATENCIÓN HOSPITALARIA A LA POBLACIÓN USUARIA DEL HOSPITAL, A TRAVÉS DE **PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN FISIOTERAPIA**, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

12. No. **2635** de fecha 01 de octubre de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre hasta 31 de diciembre de 2018, por un valor de NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 9.450.000).
13. No. **463** de fecha 02 de enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de enero al 30 de junio de 2019, por un valor de VEINTE MILLONES TREINTA Y CUATRO MIL PESOS ($20.034.000).
14. No. **1215** de fecha 02 de Julio de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de octubre de 2019, por un valor de TRECE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS ($13.356.000)
15. No. **2693** de fecha 01 de noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de noviembre al 31 de diciembre de 2019, por un valor de SEIS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL PESOS ($6.678.000).
16. No. **220** de fecha 02 de enero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de enero al 30 de abril de 2020, por un valor de TRECE MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS ($13.356.000).
17. No. **1682** de fecha 12 de junio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 al 30 de junio de 2020, por un valor de TRES MILLONES TRECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL PESOS ($3.339.000).
18. No. **2292** de fecha 01 de julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 al 31 de julio de 2020, por un valor de TRES MILLONES TRECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL PESOS ($3.339.000).
19. No. **2493** de fecha 05 de agosto de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de agosto al 30 de septiembre de 2020, por un valor de SEIS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL PESOS ($6.678.000.00).
20. No. **2698** de fecha 01 de octubre de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2020, por un valor de DIEZ MILLONES DIECISIETE MIL PESOS ($10.017.000).
21. No. **103** de fecha 01 de enero de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2021, por un valor de DIEZ MILLONES DIECISIETE MIL PESOS ($10.017.000).
22. No. **875** de fecha 01 de abril de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2021, por un valor de DIEZ MILLONES DIECISIETE MIL PESOS ($10.017.000).
23. No. **1988** de fecha 01 de julio de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2021, por un valor de DIEZ MILLONES DIECISIETE MIL PESOS ($10.017.000).

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

24. No. **3100** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de DIEZ MILLONES DIECISIETE MIL PESOS ($10.017.000).
25. No. **624** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2022, por un valor de DIEZ MILLONES DIECISIETE MIL PESOS ($10.017.000).
26. No. **1246** de fecha 01 de abril de 2022 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio de 2022, por un valor de TRECE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS ($13.356.000).
27. No. **CD20222571** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de DIECIOCHO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL PESOS ($18.195.000).
28. No. **CD20230369** de fecha 17 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 19 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000).
29. No. **CD20231768** de fecha 03 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 DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($10.800.000).
30. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231768,** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($3.600.000).
31. No. **CD20232986** fecha 10 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($10.800.000).
32. No. **CD20234366** de fecha 13 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 13 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($10.800.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN EL AREA DE AUDITORIA EN GLOSAS, DEVOLUCIONES Y FACTURACIÓN EN EL GRUPO DE TRABAJO DE AUDITORÍA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

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

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

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

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

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 36640761 **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 05/12/2023 10:52 AM

Código Verificación: **ECJTKDYU49**

Válida hasta: **04/03/2024**

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	2022-12-12 15:04

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARINELA		MOYA	MUÑOZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36640761

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	GUAMAL

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	$40.068.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$40.068.000,00

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
LUIS	MIGUEL	MARTINEZ	OROZCO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 7601546

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:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36640761
NOMBRES Y APELLIDOS	Moya Muñoz,Marinela
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Moya Muñoz,Marinela , a los 01 días del mes de d del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARINELA MOYA MUÑOZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36640761,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de Diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	AUDITORIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos MARINELA MOYA MUÑOZ														Sexo			
														M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		36640761	GUAMAL -MAGDALENA	22/04/1996

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	3			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
20	10	1976	GUAMAL - MAGD	BOULEVAR DE LA 19 MZ B CASA 56	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
nelamoya201076@hotmail.com	3118032695	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				8	6	2	1

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
FISIOTERAPEUTA AUDITORA	Otras actividades profesionales, cientificas y tecnicas 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 MENEDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUDITOR MEDICO

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

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $ 3.639.000			Total Egresos mensuales $ 3.639.000				
Otros Ingresos Mensuales $ 0			Otros Egresos Mensuales $ 0				
Total Activos $0			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2022	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?

N/A

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

N/A

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

TRABAJO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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



5. FIRMA Y HUELLA

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

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento