En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, JESUS ALBERTO MONTES PUCHE, Identificado con Cédula No. 1.152.934.908 y Profesión TECNICO MERCADEO Y VENTA **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
Estudio de Necesidad y Oportunidad		X
Cedula de Ciudadanía	X	
Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: **https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**	X	
Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: **https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/**	X	
Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	X	
Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)	X	
Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	X	
Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	X	
Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	X	
Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		X
Convalidación de Titulo — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
Tarjeta Profesional		X
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	
Soporte de experiencia laboral.	X	
Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en **https://carpetaciudadana.and.gov.co/** ***previo registro en el sitio web.***	X	
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**	X	

B (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)		
Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: **https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/**	X	

COPIA CONTROLADA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.152.934.908**

MONTES PUCHE

APELLIDOS

JESUS ALBERTO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-DIC-1992**

CIENAGA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-MAR-2011 ZONA BANANERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2109500-00299825-M-1152934908-20110511 **00269**23385A 1 36520940

SIIS

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1152934908**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1152934908	MONTES	PUCHE	JESUS	ALBERTO	2023-06-30, 5:34 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) JESUS ALBERTO MONTES PUCHE identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.152.934.908 expedida en ZONA BANANERA, 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 11 del mes de Diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre JESUS ALBERTO MONTES PUCHE
Cédula 1152.934.908

COPIA CONTROLADA

Mi cuenta de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Cerrar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre	jesus alberto
Apellidos	montes puche
Fecha de Nacimiento	30/12/1992 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	jesus alberto montes puche
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	japmontes1992@gmail.com
Teléfono	
Celular	3166742329
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3166742329
SMS para recuperar la contraseña	3166742329

Editar

Santa Marta D. T. C. 11 de DICIEMBRE de 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente
ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

REFERENCIA: PROPUESTA PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA COMO TECNICO ADMINISTRATIVO, PRESTANDO MIS SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE FACTURACION

Cordial saludo,

El suscrito: JESUS ALBERTO MONTES PUCHE, identification con cedula de ciudadanía No. 1.152.934.908 de zona bananera, de acuerdo con los requerimientos en EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, me dirijo a used con el fin de presentar mi PROPUESTA para ejercer mis funciones como TECNICO ADMINISTRTATIVO en esta digna institución que usted lidera.

En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones d e l 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.

- Que conozco la información general y demás documentos de las condiciones Del presente PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA 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,

Nombre del proponente	JESUS ALBERTO MONTES PUCHE
C. C. No.	1.152.934.908 DE ZONA BANANERA
Celular	316-6742329
Ciudad	Santa Marta- Magdalena

Firma del proponente

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJERCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCION AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el senor JESUS ALBERTO MONTES PUCHE identificado con Cedula de Ciudadania No. 1152934908, presenta los siguientes datos referentes a la definici6n de su situaci6n militar:

Primer Nombre:	JESUS
Segundo Nombre:	ALBERTO
Primer Apellido:	MONTES
Segundo Apellido:	PUCHE
Tipo Documento:	Cedula de Ciudadania
N~mero Documento:	1152934908
Raz6n para el estado:	En liquidación
Estado del ciudadano:	Por liquidar

ESTA CERTIFICACION ES GRATUITA
NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogota D.C. a los 11 dias del mes de Diciembre de 2023, a las 10:24:32 AM.

Cordialmente,

TC. ROJAS FONSECA ALEXANDER

Director de Reclutamiento - Ejercito Nacional

Gener6: Sistema Fenix

FE EN LA CAUSA

"ESTAMOS EN EL CORAZON DE LOS COLOMBIANOS Y AHI NOS VAMOS A QUEDAR"

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJERCITO
Cra.11 B No. 1048-64 Bogota D.C- Colombia
CallCenter: (601) 7448438 Ext
100-101-102-103-104-105-106-107-109

ACTA DE COMPROMISO

Por medio del presente documento se hace constar que yo **JESUS ALBERTO MONTES PUCHE,** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. **1.152.934.908** expedida en zona bananera, en mi condición de **TECNICO ADMINISTRATIVO** del **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** me comprometo a definir mi situación militar y culminar mi proceso a más tardar el día 30 de enero 2024, dado que a la fecha me encuentro en proceso de dicho trámite.

Lo anterior a sabiendas de mi obligación como ciudadano de definir mi situación militar de conformidad con el artículo 42 de la ley 1861 de 2017.

Se suscribe la presente acta de compromiso a los 06 días del mes enero del año 2024

Firma

JESUS ALBERTO MONTES PUCHE

C.C 1152934908

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14921309839

(415)7707212489984(8020) 000001492130983 9

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Zona Bananera 9 8 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONTES	PUCHE	JESUS	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Zona Bananera 9 8 0

41. Dirección principal: CL 6 CR 7 8 28

42. Correo electrónico: japmontes1992@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 2 3 0 6 2 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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 - 06 - 21 / 09 : 49: 09

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MONTES PUCHE JESUS ALBERTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

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
Montes	Puche	Jesus Alberto

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1152934908 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS:

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 30 MES 12 AÑO 1992

PAÍS

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS DEPTO

MUNICIPIO

TELÉFONO EMAIL japmontes1992@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2011

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	2	X		ADMINISTRACION	07	2012	

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 3042037735	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - FACTURACION C					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 -42 CARRERA 14 No. 23-42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ZONA BANANERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3008555315	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRATIVO DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 5 NORTE 1004A 41 NORTE						

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	2	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA - 11 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
por la misma ley

Institución Educativa Departamental

Jose B. Vives D' Andreis

Resolución No. 072 del 27 de abril de 2010 de la
Secretaría de Educación Departamental

Confiere a:

Jesús Alberto Montes Puche

Identificado(a) con T.I. 92123052062 de Zona Bananera

El Título de:

Bachiller Técnico

Con profundización: Auxiliar en Documentación en Registro Contable:
Convenio SE:NS

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media
Técnica según programa de estudio, Ley 115 de 1994, Decreto 1860 de 1994 - 230 de 2002
y el Proyecto Educativo Institucional

Rector

Secretario(a)

Acordado al Folio No. Of. de Registro No.

Dado en Zona Bananera, a los 17 días del mes de Diciembre del año 2009

De registro según Acuerdo No. 45 del 16 de Mayo de 2002, expedido en el Meta.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL
JOSE BENITO VIVES DE ANDREIS
Jornada Diurna
SEVILLA - ZONA BANANERA
Resolución 072 del 27 de Abril del 2006
Secretaría de Educación Departamental

ACTA DE GRADO

En Sevilla, municipio Zona Bananera, – Magdalena, a los Once (11) días del mes de Diciembre del año 2009, se reunió con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de Undécimo grado, el Rector de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL** *JOSE BENITO VIVES DE ANDREIS*, Según Resolución No. 072 del 27 de Abril de 2006 de la Secretaría de Educación Departamental y aprobada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller Técnico, correspondiente al nivel de Educación Media.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de: **BACHILLER TECNICO CON PROFUNDIZACIÓN AUXILIAR EN DOCUMENTACION LN REGISTRO CONTABLE CONVENIO SENA** al graduando cuyos apellidos, nombres y número de identidad, se relacionan a continuación:

APELLIDOS	NOMBRES
MONTES PUCHE	**JESUS ALBERTO**

Documento de identidad T.I. No 921730-82007 de Zona Bananera-Magd., es fiel copia tomada del Acta original No. 08 de fecha 11 de diciembre de 2009 que consta de 72 alumnos graduados, comienza con los apellidos y nombres de **ACEVEDO PERDOMO ELVER LUIS** y cierra con sus apellidos y nombres de **VILLA BALLESTA WALTHER MATEO**, firmada y sellada por **VICTOR ACOSTA ROJAS**, Rector.

Dada en Sevilla-Zona Bananera (Magd.), a los Once (11) días del mes de Diciembre del año 2009.

En constancia se firma la presente acta por quienes en ella intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado, en el artículo 7° del Decreto 180 de 1981.

Firmado y Sellado

VICTOR ACOSTA ROJAS
Rector

CENTRO
inca

NIT 890.115.898-0

CALLE 59 No 56 - 104

Licencia de Funcionamiento Resolución No 001472
del 26 de Octubre de 2001 de la Secretaria Distrital

Confiere a:

Jesús Alberto Montes Puche

C.C. 1152934908 ZONA BANANERA

quien asistió regularmente y cumplió con los requisitos académico correspondientes a sus estudios de Técnico en Mercadeo y Ventas

El Titulo:

Técnico en Mercadeo y Ventas

Barranquilla, 23 de Noviembre de 2012

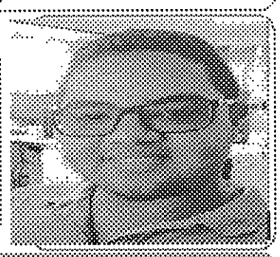
GABRIELA VASQUEZ CORREA
Directora

NINA ARCHBOLD GOMEZ
Secretaria

SOLAB SAS
Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **08/11/2022 11:40:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JESUS ALBERTO MONTES PUCHE**

Cargo **FACTURADOR** Doc. Identidad **CC 1152934908**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR	2 CUADRO HEMATICO	3 GLICEMIA
4 HEPATITIS B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] *	5 AUDIOMETRIA (VIA AEREA Y VIA OSEA)	6 OPTOMETRIA
7 PERFIL LIPIDICO	8 TEST DE PERSONALIDAD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO
Sin restricciones para el cargo	(X)	( )
Con restricciones para el cargo	( )	( )
Requiere recomendaciones especificas para el cargo	( )	( )
Aplazado	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para manipulación de alimentos	( )	( )
Apto para conducir	( )	( )

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Sin restricciones para continuar desempeñando el cargo	( )	( )
Con restricciones para continuar desempeñando el cargo	( )	( )
Requiere recomendaciones especificas	( )	( )
Requiere reubicación laboral	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para manipulación de alimentos	( )	( )
Apto para conducir	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Enfermedad laboral	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI (X)	NO ( )	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI (X)	NO ( )

CERTIFICADO PROVISIONAL HASTA OBTENER RESULTADOS DE HEPATITIS B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBS]

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, USO DEL EPP PARA LA LABOR. DISMINUIR CONSUMO DE INGESTA CALORICA POR SOBREPESO.

DRA. MALORY SAAVEDRA PIMIENTA
RM. 1065612272
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 0627

Trabajador: JESUS ALBERTO MONTES PUCHE
CC: 1152934908
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

SOLAB SAS
Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

CONTROL SEMESTRAL CON OPTOMETRIA EN SU EPS.

NOTA: - CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19
- SE REALIZO ENCUESTA PARA COVID 19.

RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o complementarios, a partir de la información recibida. Certifico que la información que he suministrado, es verdadera, completa y no he omitido información sobre mi estado de salud, acepto el manejo de confidencialidad que SOLAB S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la empresa y la realización de estudios de investigación con fines científicos (Ley 1581 de 2012), suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo - SG-SST.

NOTA ACLARATORIA

*Este certificado no es válido para trámites de licencia de conducción

DRA. MALORY SAAVEDRA PIMIENTA
RM. 1065612272
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 0627

Trabajador: JESUS ALBERTO MONTES PUCHE
CC: 1152934908
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA

CERTIFICA:

Que la E.S.E. Hospital Local Zona Bananera, suscribió contrato de Prestación de Servicios Personales con JESUS ALBERTO MONTES PUCHE , identificada con Cédula de Ciudadanía Número 1,152,934,908, expedida en ZONA BANANERA , los cuales se describen a continuación:

1. **Contrato de Prestación de Servicios Personales No. 2019-01-02-006T del Dos (02) días del mes de Enero de Dos Mil Diecinueve (2019)**

Objeto Contractual: Contratar Prestación De Servicios Como Auxiliar De Facturación De La Ese.
Duración: Dos (2) Meses y Veintinueve (29) Días.
Fecha de inicio: Dos (02) días del mes de Enero de Dos Mil Diecinueve (2019).
Fecha de finalización: Treinta Y Uno (31) días del mes de Marzo de Dos Mil Diecinueve (2019).
Valor Total del contrato: DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2, 400,000).
Ejecución: Satisfactorio según lo indicado por el supervisor del contrato.

2. **Contrato de Prestación de Servicios Personales Nó. 2019-04-01-006T del Primer (01) día del mes de Abril de Dos Mil Diecinueve (2019)**

Objeto Contractual: Contratar Prestación De Servicios Como Auxiliar De Facturación De La Ese.
Duración: UN (1) Mes y Treinta (30) Días.
Fecha de inicio: Primer (01) día del mes de Abril de Dos Mil Diecinueve (2019).
Fecha de finalización: Treinta Y Uno (31) días del mes de Mayo de Dos Mil Diecinueve (2019).
Valor Total del contrato: UN MILLON SEISCIENTOS MIL PESOS ($1, 600,000).
Ejecución: Satisfactorio según lo indicado por el supervisor del contrato.

3. **Contrato de Prestación de Servicios Personales No. 2019-06-04-006T del Cuatro (04) días del mes de Junio de Dos Mil Diecinueve (2019)**

Objeto Contractual: Contratar Prestación De Servicios Como Auxiliar De Facturación De La Ese.
Duración: Cuatro (4) Meses y Veintisiete (27) Días.
Fecha de inicio: Cuatro (04) días del mes de Junio de Dos Mil Diecinueve (2019).
Fecha de finalización: Treinta Y Uno (31) días del mes de Octubre de Dos Mil Diecinueve (2019).
Valor Total del contrato: CUATRO MILLONES DE PESOS ($4, 000,000).
Ejecución: Satisfactorio según lo indicado por el supervisor del contrato.

4. **Contrato de Prestación de Servicios Personales No. 2019-11-01-005T del Primer (01) día del mes de Noviembre de Dos Mil Diecinueve (2019)**

Objeto Contractual: Contratar Prestación De Servicios Como Auxiliar De Facturación De La Ese.
Duración: UN (1) Mes y Treinta (30) Días.
Fecha de inicio: Primer (01) día del mes de Noviembre de Dos Mil Diecinueve (2019).
Fecha de finalización: Treinta Y Uno (31) días del mes de Diciembre de Dos Mil Diecinueve (2019).
Valor Total del contrato: UN MILLON SEISCIENTOS MIL PESOS ($1, 600,000).
Ejecución: Satisfactorio según lo indicado por el supervisor del contrato.

5. Contrato de Prestación de Servicios Personales No. 2020-01-02-005T del Dos (02) días del mes de Enero de Dos Mil Veinte (2020)

Objeto Contractual: Contratar Prestación De Servicios Como Auxiliar De Facturación De La Ese.
Duración: UN (1) Mes y Veintiséis (26) Días.
Fecha de inicio: Dos (02) días del mes de Enero de Dos Mil Veinte (2020).
Fecha de finalización: Veintiocho (28) días del mes de Febrero de Dos Mil Veinte (2020).
Valor Total del contrato: UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1, 800,000).
Ejecución: Satisfactorio según lo indicado por el supervisor del contrato.

6. Contrato de Prestación de Servicios Personales No. 2020-03-02-005T del Dos (02) días del mes de Marzo de Dos Mil Veinte (2020)

Objeto Contractual: Contratar Prestación De Servicios Como Auxiliar De Facturación De La Ese.
Duración: UN (1) Mes y Veintiocho (28) Días.
Fecha de inicio: Dos (02) días del mes de Marzo de Dos Mil Veinte (2020).
Fecha de finalización: Treinta (30) días del mes de Abril de Dos Mil Veinte (2020).
Valor Total del contrato: UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1, 800,000).
Ejecución: Satisfactorio según lo indicado por el supervisor del contrato.

7. Contrato de Prestación de Servicios Personales No. 2020-04-30-005T del Treinta (30) días del mes de Abril de Dos Mil Veinte (2020)

Objeto Contractual: Contratar Prestación De Servicios Como Auxiliar De Facturación De La Ese.
Duración: Veintinueve (29) Días.
Fecha de inicio: Treinta (30) días del mes de Abril de Dos Mil Veinte (2020).
Fecha de finalización: Veintinueve (29) días del mes de Mayo de Dos Mil Veinte (2020).
Valor Total del contrato: NOVECIENTOS MIL PESOS ($900,000).
Ejecución: Satisfactorio según lo indicado por el supervisor del contrato.

8. Contrato de Prestación de Servicios Personales No. 2020-06-01-063 del Primer (01) día del mes de Junio de Dos Mil Veinte (2020)

Objeto Contractual: Contratar Prestación De Servicios Como Auxiliar De Facturación De La Ese.
Duración: Veintinueve (29) Días.
Fecha de inicio: Primer (01) día del mes de Junio de Dos Mil Veinte (2020).
Fecha de finalización: Treinta (30) días del mes de Junio de Dos Mil Veinte (2020).
Valor Total del contrato: NOVECIENTOS MIL PESOS ($900,000).
Ejecución: Satisfactorio según lo indicado por el supervisor del contrato.

9. Contrato de Prestación de Servicios Personales No. 2020-07-01-188 del Primer (01) día del mes de Julio de Dos Mil Veinte (2020)

Objeto Contractual: Contratar Prestación De Servicios Como Auxiliar De Facturación De La Ese.
Duración: Treinta (30) Días.
Fecha de inicio: Primer (01) día del mes de Julio de Dos Mil Veinte (2020).
Fecha de finalización: Treinta Y Uno (31) días del mes de Julio de Dos Mil Veinte (2020).
Valor Total del contrato: NOVECIENTOS MIL PESOS ($900,000).
Ejecución: Satisfactorio según lo indicado por el supervisor del contrato.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Zona Bananera Sevilla – Magdalena, a los Veintinueve (29) días del mes de Diciembre de Dos Mil Veintidós (2022).

SARAY SORAYA TERÁN PUELLO
Gerente

	Nombre	Cargo	Firma
Proyecto	YERALDIN DE LA HOZ POLO	AUX. ADMINISTRATIVO	
Reviso	SALOME SERGE PACHECO	JEFE DE TALENTO HUMANO	

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 el señor **JESUS ALBERTO MONTES PUCHE,** identificado con cedula de Ciudadanía No. **1.152.934.908** expedida en Zona Bananera (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **CD20232863** de fecha 05 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

ACTIVIDADES CONTRACTUALES

- Realizar todas y cada una de las siguientes actividades:
- Armado de cuentas medicas de prestación de servicios de salud.
- Radicación de cuentas ante los entes responsables de pago.
- Revisión de cuentas pendientes por radicar.
- Cargue, digitación y liquidación diaria de información de historias clínicas de los servicios de salud prestados en la ese en el sistema de información, para radicación de cuentas.
- Solicitud de autorización de servicios al ente responsable de pago.
- Censo diario de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios asistenciales de la E.S.E.
- Soporte de cuentas medicas a radicar ante los entes responsables de pago.
- Validación de RIPS de las cuentas médicas que se presentan ante los entes responsables de pago.
- Corte de valores radicados en virtud a los contratos celebrados entre la ESE y las EAPB, para la prestación de servicio de salud.
- Recaudo concerniente a copagos y ventas a clientes particulares.
- Recepción de facturas, consolidación de soportes y elaboración de informes concernientes a aliados y prestadores de servicios de salud.

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

- Cargue de medicamentos, laboratorios, imagenología y demás elementos de apoyo diagnostico ambulatorio y pacientes hospitalizados.
- Recepción, control y digitalización de historias clínicas cargadas en el área de hospitalización.
- Facturación de procedimientos ambulatorios.
- Velar por el adecuado diligenciamiento de los diferentes formatos anexos a las facturas.
- Realizar cierre de facturas y verificación de tarifas pactadas entre la entidad responsable de pago y la E.S.E.
- Cerrar todas las admisiones y liquidar todas las facturas que se generen en el mes, requisito indispensable para que el supervisor del contrato certifique la cuenta de cobro del respectivo mes.
- Garantizar su presencia en los turnos asignados para la consecución de las metas propuestas.
- Garantizar la adecuada utilización de la herramienta sistemática (software) entregada por el HUJMB.
- Guardar plena reserva y garantizar que la información y los medios tecnológicos suministrados por la ESE no serán utilizados con otros fines que no sean el bienestar del HUJMB.
- Garantizar que durante el proceso de transición del actual sistema de asignación no se presente ninguna anomalía en la prestación del servicio.
- Utilizar correctamente las áreas e infraestructura que se les haga entrega al momento de iniciar la prestación del servicio y hasta la finalización del contrato.
- Garantizar la gestión de manera eficiente de sus actividades, evitando el uso de cualquier aparato electrónico (celular, tablets, etc.) que no sea para uso institucional.

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los veintidós (22) días del mes de septiembre de 2023.

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

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

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

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 1152934908 **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 11/12/2023 02:25 PM

Código Verificación: **DP6JM3KF8T**

Válida hasta: **10/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-06-30 17:58

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JESUS	ALBERTO	MONTES	PUCHE

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1152934908

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	ZONA BANANERA

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	TÉCNICO ADMINISTRATIVO

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	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$0,00

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
NO	COLOMBIA	MAGDALENA	ZONA BANANERA	$0,00

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
ANA	MARIA	ARRIETA	ESCOBAR

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 11524940594

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:

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que MONTES PUCHE JESUS ALBERTO identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1152934908 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-1152934908
NOMBRES Y APELLIDOS:	MONTES PUCHE JESUS ALBERTO
TIPO DE AFILIADO:	COTIZANTE
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	11/04/2022
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
NIVEL:	1
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	SANTA MARTA / MAGDALENA

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generacion: 11/12/2023
Codigo de verificacion: AFCS202200000529083
Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

Línea nacional: 018000111446
Correo: contacto@cajacopieps.com
www.cajacopieps.com

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JESUS ALBERTO MONTES PUCHE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.152.934.908**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos				Sexo	
Jesus Alberto Montes Rueda				M ✓	F

Tipo de Documento							Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C ✓	C.E		T.I		R.C	PP	1152934908	ZONA BANANERA	04-03-2011

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
			✓				✓					✓		

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
30	12	1992	ZONA BANANERA	VILLA DE ARJANOS MZ V CASA 22	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
JAMONTES1992@GMAIL.COM	3166742329	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules					
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO		

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.



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):