En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ, Identificado con Cédula No.1.082.848.595 y Profesión TECNÓLOGO EN GESTIÓN HOTELERA Y TURISTICA 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: Jolieth Meriño G.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	X	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	X	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		X
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).		X
13	Convalidación de Titulo — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		X
14	Tarjeta Profesional		X
15	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)	X	
16	Soporte de experiencia laboral.	X	
17	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	X	
18	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)	X	
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
21	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion institucional/contratacion/proveedores/	X	

COPIA CONTROLADA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.848.595
MERIÑO GONZALEZ

APELLIDOS
JULIETH PAOLA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1986
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-NOV-2004 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082848595**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082848595	MERIÃ‘O	GONZÃ□LEZ	JULIETH	PAOLA	2023-08-30, 11:13 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.082.848.595 expedida en SANTA MARTA , autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años.**

Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)**)**, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 06 del mes de DICIEMBRE de 2023.

Firma
Nombre JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ
Cédula 1.082.848.595 DE SANTA MARTA

COPIA CONTROLADA

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 16:07:05
JULIETH MERIÑO

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Volver | **Últimas modificaciones** | **Todos** | Seleccione

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de
4227198	CD20233994	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	10/10/2023 11:14:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	25 días para terminar *(31/12/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ	5
4172889	CD20233391	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Entidad Estatal	11/09/2023 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/09/2023 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ	1

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

SEÑORES
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENCHE E.S.E
DR. GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE
La Ciudad

Ref.: Aceptación de invitación para prestar servicios técnicos por contrato de prestación de servicios

Yo, **JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ** con documento de identidad número 1.082.848.595 de Santa Marta, acepto la invitación a participar y desarrollar actividades en la modalidad de contrato de prestación de servicios como **FACTURADOR (A),** en el plazo y honorarios mensuales establecidos por ustedes, en el lugar de ejecución que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S.E**.me asigne.

Me comprometo a cumplir a cabalidad con lo siguiente:

- Cumplir con el desarrollo de las actividades y obligaciones especificas asignadas en el contrato de prestación de servicio.
- Hacer entrega de informe mensual con soporte de la ejecución de las actividades
- Afiliarme al sistema de seguridad social integral (salud, pensión, riesgos laborales).
- Hacer entrega de soporte de pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensión, riesgos laborales) adjunto a la cuenta de cobro.

Autorizo que mis datos sean verificados por la empresa y certifico bajo juramento que mi hoja de vida cumple con el perfil y que los documentos adjuntos gozan de la veracidad exigida.

Se firma a los seis (06) días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente;



JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ
C.C. 1.082.848.595 DE SANTA MARTA
Dir. Manzana 67 casa 8 pando
Cel.3043171105
juvale2arias@gmal.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 — DISPONIBLE

4. Número de formulario: 14939522968

(415)7707212489984(8020) 000001493952296 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1082848595	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	75% 1	1082848595	2004 11 24

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MERIÑO	GONZALEZ	JULIETH	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

41. Dirección principal: MZ 67 CA 8 BRR EL PANDO

42. Correo electrónico: Vale2arias@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4309287	3043171105

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
4791	2020 02 01	8699	2021 03 01			

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 49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)	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 - 08 - 21 / 00 : 03: 55

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: MERIÑO GONZALEZ JULIETH PAOLA
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
Meriño	Gonzalez	Julieth Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082848595	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 15 MES 07 AÑO 1986	MANZANA 67 CASA 8 EL PANDO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3043171105	EMAIL	juvale2arias@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	2003
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	6	X		TECNOLOGIA EN ADMINISTRACION HOTELERA Y TURISTICA	11	2017	

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 3043171105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 39 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14A 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3043171105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* ARE DE FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23A 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4217010	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 4691 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD						*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3043171105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA null null null AVENIDA DEL LIBERTADOR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3043171105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA 25N null null 25-67					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE ALEJANDRO PROSPERO REVERND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4217010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA DEL LIBERTADOR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD					*DIRECCIÓN* Av Libertador N° 25-67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4237010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD					*DIRECCIÓN* Av Libertador N° 25-67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	06	*Año* 2019	*Día*	14	*Mes*	10	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA GENERAL					*DIRECCIÓN* CENTRO COMERCIALQUINTA AVENIDA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	07	*Mes*	06	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA GENERAL					*DIRECCIÓN* CENTRO COMERCIALQUINTA AVENIDA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	05	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA GENERAL					*DIRECCIÓN* CENTRO COMERCIAL QUINTA AVENIDA					

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	0	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	4

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 X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA, DICIEMBRE 06 DE 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

La Institución Educativa Distrital "Laura Vicuña"

Del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, Magdalena

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional,
según Resolución No. 882 del 28 de Noviembre de 2002,
Emanada de la Secretaría de Educación Distrital

Confiere a:

Julieth Paola Meriño González

Identificada con Documento de Identidad R.C. 10897491 de Santa Marta

El Título de:

Bachiller Académico
con Profundización en Ciencias

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

Expedido en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H., a los 11 días del mes de Diciembre de 2003

En constancia firmamos y sellamos

INSTITUTO LAURA VICUÑA SANTA MARTA 1982

Luz María Bohada de Pérez
Rectora

Secretaria

Registrado para los efectos legales en el Libro No. 002 Acta general de graduación No. 035
Folio No. _____ de fecha 11 de diciembre de 2003

LITOFLASH

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Acreditación Institucional de Alta Calidad
Resolución N° 16891 del 22 de agosto de 2016 de MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO N° 576

En Santa Marta D.T.C.H., siendo las 4:00 p.m. del día 20 del mes de abril de 2018, se realizó la graduación en ceremonia colectiva, presidida por el **CONSEJO ACADÉMICO** de la Universidad del Magdalena, otorgando a:

JULIETH PAOLA MERIÑO GONZÁLEZ
C.C. N° 1.082.848.595 de Santa Marta

El título de **TECNÓLOGO EN GESTIÓN HOTELERA Y TURÍSTICA** por haber cumplido todos los requisitos exigidos por la **UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** para tal efecto.

Se tomó juramento de rigor a **JULIETH PAOLA MERIÑO GONZÁLEZ**, y se hizo entrega del diploma que lo acredita como **TECNÓLOGO EN GESTIÓN HOTELERA Y TURÍSTICA**.

En constancia se extiende y firma la presente acta:

Rector (Fdo.) *PABLO VERA SALAZAR, PhD*

La Secretaria General (Fdo.) *MERCEDES DE LA TORRE HASBUN*

Nota: La presente acta es fiel copia de la original existente en los archivos de la Secretaría General, reproducida a los veinte (20) días del mes de abril de 2018.

Y7TyW8ExnSE!

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

Registro N° 41248 en el folio 647 del libro 56 de Diplomas

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL ALTA CALIDAD UNIMAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y ECONOMICAS

PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS

TURISTICAS Y HOTELERAS

ALTA CALIDAD

CERTIFICA QUE:

JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ

Identificado(a) con cedula N° 1082848595

Cursó y aprobó el diplomado en:

Gestion Estratégica De Destinos Turísticos

Realizado entre el 02 de Septiembre al 11 de Noviembre de 2017 con una intensidad presencial horaria de 130 horas.
En constancia de lo anterior se expide el presente diploma en Santa Marta D.T.C.H. – Magdalena
A los 17 días del mes de Noviembre de 2017.

EDWIN CHACÓN VELASQUEZ
DECANO

Una universidad + incluyente e innovadora PERIODO 2016 - 2020

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.848.595

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Santa Marta a los Veintidos (22) días del mes de Mayo de Dos Mil Ocho (2008)

CARLOS HELMAN URIBE TARAZONA
SUBDIRECTOR(E) CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

SGC2008AP00232 22/05/2008
No Y FECHA DE REGISTRO

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ○	

DATOS DEL PACIENTE



Fecha	11/02/2021 08:23:00	Cargo	DIGITADORA		
Empresa	PARTICULAR				
Nombre	JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ				
Doc. Identidad	CC 1082848595	Edad	35 Años	Género	Femenino
Dirección	MZ 67 CA 8			Teléfono	3043171105
Escolaridad	Profesional				
Eps	MUTUAL SER				

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, GLICEMIA, RX TORAX

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS (IMC 25.77)
EJERCICIOS FUNCIONALES .
USO DE LENTES MEDICADOS

DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: ANTES DE INGRESAR A LA EMPRESA DIARIAMENTE DEBE LLENAR LA ENCUESTA (DIGITAL O FÍSICA) DE SIGNOS O MALESTAR SUGESTIVO DE COVID-19, REGISTARSE EN LA APLICACIÓN CORONAPP COLOMBIA Y REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA Y DISTANCIAMIENTO DE 2 METROS DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO.

NOTA: PARA LA ATENCION SE APLICARON TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SE REALIZA ENCUESTA-TEST COVID 19. SE TIENEN EN CUENTA EL DECRETO 1297 DEL 2020 DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y LA RESOLUCION 1462 DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESPECTO A LAS MEDIDAS GENERALES Y LAS ESPECIFICADAS PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE Y/O CON PATOLOGÍAS FRENTE AL COVID 19.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: JULIETH PAOLA MERIÑO
CC: 1082848595
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Escaneado con CamScanner

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ⊗ Auditivo ⊙ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ⊗	NO ◯	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ⊗	NO ◯

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: JULIETH PAOLA MERIÑO
CC: 1082848595
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Escaneado con CamScanner

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **11/02/2021**

Doc. Identidad **CC 1082848595** Nombre **JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ** Fecha Nacimiento. **15/07/1986**
Entidad **PARTICULAR** Edad **35 años** Ocupación **DIGITADORA**
H C No
Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa EVENTO PARTICULAR Cargo DIGITADORA Antiguedad del cargo
Fondo de Pensión PORVENIR EPS MUTUAL SER ARL NO REFIERE

ANAMNESIS

Último Examen Visual **HACE 2 AÑOS**
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

	CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD						
OI					20/20	0.50
AO					20/20	0.50
					20/20	0.50

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

Segmento Anterior:	OD	OI
Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **NORMAL** VP: **NORMAL** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: Versiones: PPC:

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	(X)	(X)
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática			Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X)	Discromatopsia ( )	Ceguera al color ( )		
OI	Normal (X)	Discromatopsia ( )	Ceguera al color ( )		

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	(X)	(X)
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría (X)

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNOSTICOS (Código - Enfermedad)

H522 ASTIGMATISMO

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES
USO DE LENTES CON FILTROS PARA PC Y FATIGA OCULAR

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner

PREVENIR 1-A S.A

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

Control ☐ Ingreso ☒ Retiro ☐

AUDIOMETRÍA

Nombre JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ | Doc. Identidad 1082848595

Teléfono | Edad 34 | Cargo DIGITADORA

Empresa PARTICULAR | Fecha 11/02/2021 | Reposo Auditivo

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

◯ SI Tiempo
◯ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores

	Cargo	Años	EPP
◯ SI	DIGITADORA		
◯ NO			

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ◯ Otitis ◯ Acúfeno ◯ Vértigo ◯ Trauma ◯ Perforación Timpánica ◯ Otalgia ◯ Otorrea ◯ Hipoacusia
◯ Prurito ◯ Cirugía ◯ Detonación - Explosión ◯ Ototóxicos ◯ Otros:
Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ◯ Polígono ◯ Servicio Militar ◯ Buceo ◯ Moto ◯ Instrumento Musical ◯ Discoteca y/o bares
◯ Otros: Obs.

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ◯ Afección Renal ◯ Parotiditis ◯ TBC ◯ Diabetes
◯ Hipotiroidismo ◯ Meningitis ◯ Paludismo ◯ Reumatismo ◯ HTA
◯ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno Parentesco
◯ Congénito ◯ Adquirido

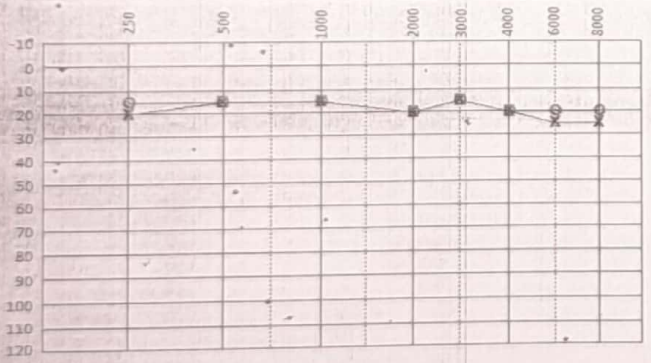
DIAGNÓSTICO CIE-10

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OTOSCOPIA

⊗ Normal ◯ Anormal

OD	CAE	NORMAL	OI	CAE	NORMAL
	MT	NORMAL		MT	NORMAL



Diagnóstico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8
VA OI		20	15		15		20	15	20	25	
OD		15	15		15		20	15	20	20	
VO OI											
OD											

NBN WN SN

Observaciones
AUDICION NORMAL BILATERAL

LAURA MARCELA QUANT CHARRIS

Escaneado con CamScanner

Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
CC: 1004188804 RM

Escaneado con CamScanner

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-46 Tel. 420 0149 - 434 9531 Cel 312 670 0249
Santa Marta

Impreso	11 feb 2021 10:46:29 am	RESULTADOS				Software Baxlab v20191230
Sede	PRINCIPAL					Página 1 de 1
Paciente	MERIÑO GONZALEZ JULIETH		Sexo F	Edad 34A 6M 27D	Nro. De Recepción	54928
Identif.	CC 1082848595	Teléfono		Fecha De Recepción	11 feb 2021 08:06:19 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

		Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA				
1	Glicemia en Ayunas	93,00	mg/dl	60 a 110
	Colorimetria			

Fecha Reporte 11 feb 2021 10:46 am

Grase Socarrás C.
T.P. 1065592385

Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

Escaneado con CamScanner

ROBERTO RIVAS COTES
Médico Radiólogo. Universidad del valle
RADIOLOGIA ULTRASONIDO
EL CENTRO QUIRURGICO
Teléfonos: 4215597-4234501
Carrera No 12 20-38 1er piso
SANTA MARTA - COLOMBIA

RADIODIAGNOSTICO
ULTRASONIDO

RX No. 0832-21

Fecha: FEBRERO 11/2021

NOMBRE DEL PACIENTE: JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ CC. 1082848595
FN: 15 JULIO 1986

EDAD: 34 AÑOS

ESTUDIO SOLICITADO: RADIOGRAFIA DE TORAX

ENTIDAD: PREVENIR 1 A S.A (PARTICULAR)

INFORME RADIOLOGICO

Silueta cardioaórtica en límites normales.
Vasculatura pulmonar normal.
No hay infiltrados blandos ni derrames.
Tórax óseo normal.

CONCLUSION.
TORAX DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

Atte.;

FIRMA:

DR. ROBERTO RIVAS COTES

Escaneado con CamScanner

Salud y bienestar
a tu alcance

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND"

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) **MERIÑO GONZALEZ JULIETH PAOLA** identificado(a) con cedula de ciudadanía número 1,082,848,595 se encuentra vinculado a la E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND, a través de los siguientes contratos:

CONTRATO No.	FECHA	HONORARIOS MENSUALES	DURACION
PS-0831	01/03/2021	$ 1,350,000	CINCO (5) MESES

Con objeto **"PRESTAR LOS SERVICIOS DE INGRESO DE INFORMACION SISTEMA NOMINAL PAIWEB EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE VACUNACION INTRAMURAL Y EXTRAMURAL. COVID 19"**

La presente certificación se expide siendo el día veintitrés (23) de julio de 2021 a solicitud de la parte interesada.

Cordialmente,

OLGA LUCIA LOPEZ CIFUENTES
P.U con Funciones de jefe de Talento Humano

C E R T I F I C A

Que la Señora **JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ, identificado** con Cedula de Ciudadanía **N.º 1.082.848.595 de Santa Marta**, prestó sus servicios de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON DESTINO A LA SECRETARIA GENERAL DEL CONCEJO DISTRITAL DE SANTA MARTA** de conformidad al siguiente contrato:

- **CONTRATO N.º 017 por** valor total de **$6.000.000** del año 2019, por un Plazo de Ejecución de Cuatro (4) meses, acta de inicio fechado del día 07 de febrero de 2019.

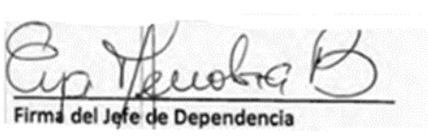
Las actividades desarrolladas por el contratista fueron las siguientes:

- Asistir a la oficina de jurídica del concejo distrital de Santa Marta en la transcripción de documentos como oficio, memorandos, informes, listados y demás documentos emanados por la dependencia.
- Brindar apoyo logístico en la realización de reuniones.
- Recibir y enviar correspondencia de la oficina jurídica.
- Actualizar la agenda de la oficina jurídica y agenda de audiencias.
- Controlar la correspondencia enviada y recibida.

.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, dado en la ciudad de Santa Marta a los (20) días del mes de octubre de 2019.

Atentamente



Elaborado: J.M.

C E R T I F I C A

Que la Señora **JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ, identificado** con Cedula de Ciudadanía **N.º 1.082.848.595 de Santa Marta**, prestó sus servicios de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON DESTINO A LA SECRETARIA GENERAL DEL CONCEJO DISTRITAL DE SANTA MARTA** de conformidad al siguiente contrato:

- **CONTRATO N.º 091 por** valor total de **$6.000.000** del año 2019, por un Plazo de Ejecución de Cuatro (4) meses, acta de inicio fechado del día 14 de junio de 2019.

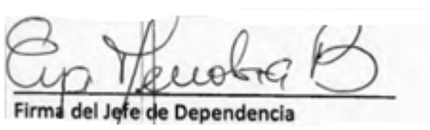
Las actividades desarrolladas por el contratista fueron las siguientes:

- Asistir a la oficina de jurídica del concejo distrital de Santa Marta en la transcripción de documentos como oficio, memorandos, informes, listados y demás documentos emanados por la dependencia.
- Brindar apoyo logístico en la realización de reuniones.
- Recibir y enviar correspondencia de la oficina jurídica.
- Actualizar la agenda de la oficina jurídica y agenda de audiencias.
- Controlar la correspondencia enviada y recibida.

.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, dado en la ciudad de Santa Marta a los (20) días del mes de octubre de 2019.

Atentamente



Elaborado: J.M.

C E R T I F I C A

Que la Señora **JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ,** identificado con Cedula de Ciudadanía **N.º 1.082.848.595 de Santa Marta**, prestó sus servicios de PRESTACIÓN **DE SERVICIOS DE APOYO EN EL ARCHIVO CENTRAL DEL CONCEJO DISTRITAL DE SANTA MARTA** de conformidad al siguiente contrato:

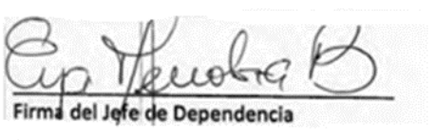
- **CONTRATO N.º 008 por** valor total de **$5.000.000** del año 2018, por un Plazo de Ejecución de Cinco (5) meses, acta de inicio fechado del día 05 de enero de 2018.

Las actividades desarrolladas por el contratista fueron las siguientes:

- Apoyar los procesos básicos de preservación de documentos.
- Clasificar, registrar y archivar la entrada y salida de documentos.
- Cumplir con el objeto contractual en la forma establecida en los estudios previos y en la propuesta presentada por el contratista.
- Atender los requerimientos y observaciones que le formule el supervisor del contrato.
- Cualquier otra actividad que se ordene por parte del supervisor del contrato en el cumplimiento del objeto contractual.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, dado en la ciudad de Santa Marta a los (20) días del mes de octubre de 2019.

Atentamente



Elaborado: J.M.

Juntos lo hacemos realidad

CERTIFICAMOS

Que la señora **JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ,** identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.848.595 , laboró en nuestra compañía desde el día Cuatro (04) de Enero de 2016, hasta el Tres (03) de Julio de 2016, desempeñando el cargo de **APRENDIZ**. Durante su permanencia en la compañía estuvo brindando apoyo al área de ventas.

Se expide la presente certificación a solicitud **A QUIEN INTERESE,** Válido únicamente en documento original y por treinta (30) días calendarios a partir de la fecha, siete (07) de julio de 2016.

Atentamente,

LAURA MOSQUERA BASILIO
Gerencia Administrativa
Sucursal Santa Marta
Cll. 23 #6-18 Of. 305
Tel: 4214003

SMR-CL-CVU-2016-070

ISO 9001
icontec internacional
Código N° CO-SC7293-1
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

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 1082848595 **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 06/12/2023 04:48 PM

Código Verificación: **BGFXLJTN4Y**

Válida hasta: **05/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-11-20 15:26

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JULIETH	PAOLA	MERIÑO	GONZALEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1082848595

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$17.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$17.500.000,00

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	$5.000,00

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
ALVARO	ENRIQUE	ARIAS	CAMARGO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 7630441

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:

STAMARTA, Diciembre 6 de 2023

Señora:
MERIÑO GONZALEZ JULIETH PAOLA
CC. 1082848595
MZ 67 C 8 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 29 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
MERIÑO GONZALEZ JULIETH PAOLA	1082848595	C	Jul-29-2021	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ARIAS MERIÑO VALENTINA	1082878869	T	Mar-5-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ARIAS MERIÑO VALERIA JULIETH	1082858561	C	Mar-5-2020	52	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ	1082848595	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ	1082848595	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ	1082848595	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ	1082848595	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ	1082848595	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe

informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

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:

JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.848.595**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 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: JULIETH PAOLA MERIÑO GONZALEZ														Sexo			
														M		F	X
Tipo de Documento									Número		Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1,082,848,595		SANTA MARTA			11/24/2004			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre		Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano		
			X					X		2			X				

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
15	7	86	SANTA MARTA	MANZANA 67 CASA 8 PANDO	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
juvale2arias@gmail.com	3043171105	

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Comercio al por menor por correspondencia e internet	

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	x

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: $ 1.500.000	Total Egresos mensules: $900,000
Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
	Total Pasivos

Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes 09	Año 2023	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?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

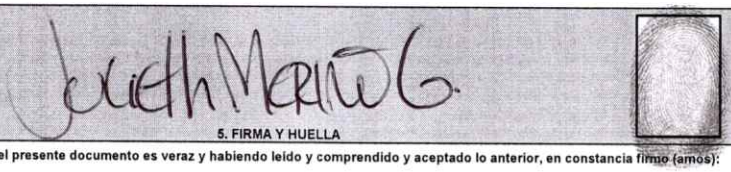
NO

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

PRESTACION DE MIS SERVICIOS

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: **PRESTACION DE MIS SERVICIOS** 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 documentos o soportes requeridos anualmente.



5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento