En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Luis pablo Torres Ulloa Identificado con Cédula No. 85468.427 y Profesión Administracion en salud **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

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

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1974

PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

21-JUL-1992 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00065902-M-0085468427-20080905 0003032301A 2 4450006277



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 85.468.427
TORRES ULLOA

APELLIDOS
LUIS PABLO

NOMBRES

FIRMA

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **85468427**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	85468427	TORRES	ULLOA	LUIS	PABLO	2022-07-18, 7:14 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	85468427	TORRES	ULLOA	LUIS	PABLO	2022-12-12, 8:43 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023 PAGINA 1 de 1

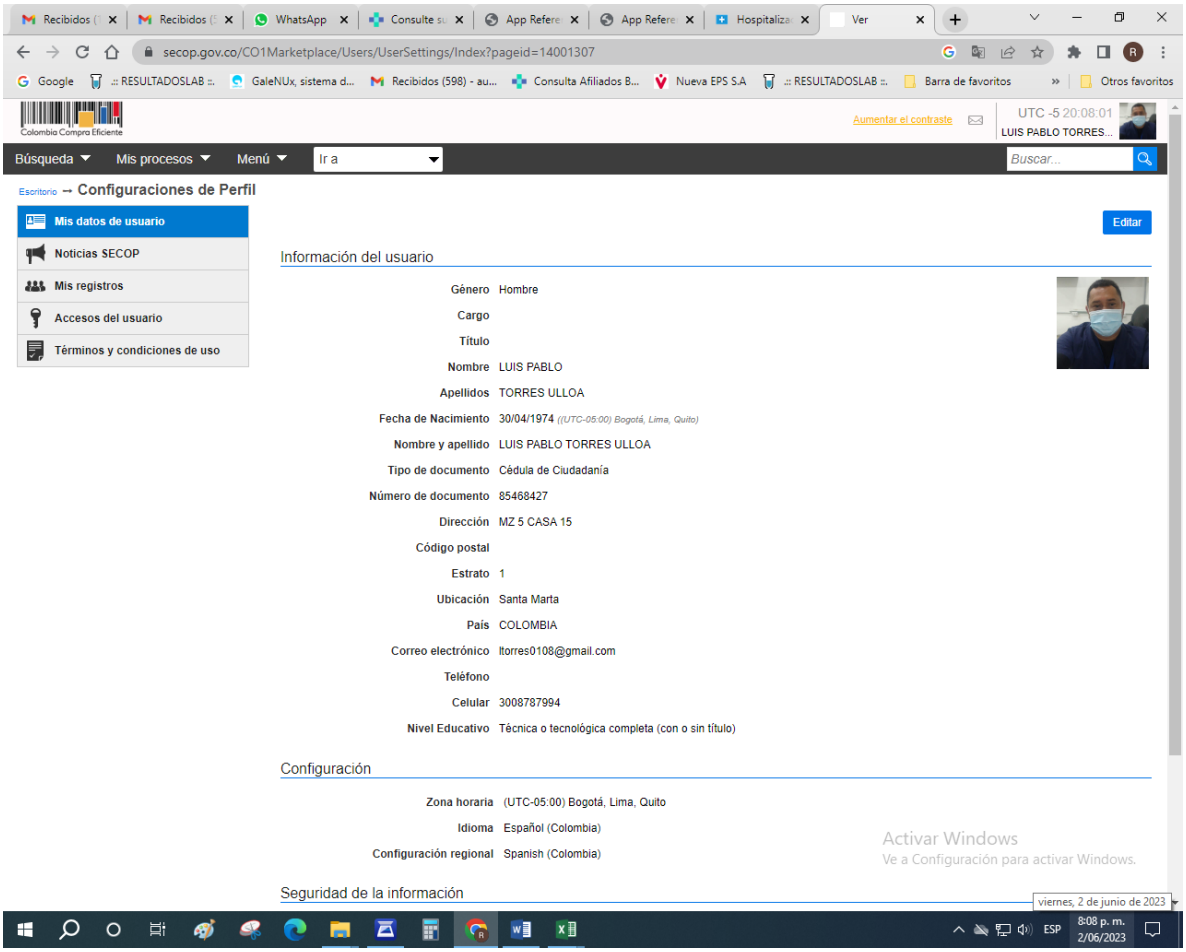
El (la) suscrito(a) Luis Pablo Torres Ulloa identificado con C.C./C.E./P.P No. 85.468.427 expedida en STA MTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 01 del mes de diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre Luis Pablo Torres Ulloa
Cédula 85468427

COPIA CONTROLADA


Recibidos
Recibidos
WhatsApp
Consulte su
App Refere
App Refere
Hospitaliza
Ver
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307
Google
:: RESULTADOSLAB ::
GaleNUx, sistema d...
Recibidos (598) - au...
Consulta Afiliados B...
Nueva EPS S.A
:: RESULTADOSLAB ::
Barra de favoritos
Otros favoritos
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 20:08:01
LUIS PABLO TORRES...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Editar
Información del usuario
Género Hombre
Cargo
Título
Nombre LUIS PABLO
Apellidos TORRES ULLOA
Fecha de Nacimiento 30/04/1974 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido LUIS PABLO TORRES ULLOA
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 85468427
Dirección MZ 5 CASA 15
Código postal
Estrato 1
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico ltorres0108@gmail.com
Teléfono
Celular 3008787994
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)
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
Seguridad de la información
viernes, 2 de junio de 2023
ESP
8:08 p. m.
2/06/2023

Santa Marta D.T.C. e H. Enero del 2024

Doctor
GERMAN VARGAS MOSQUERA
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Ciudad

Asunto: propuesta de servicios

Mediante la presente manifiesto a usted mi interés de seguir desarrollando mis actividades en la empresa que usted dignamente dirige, con mis conocimientos adquiridos como tecnólogo en administración en servicios de saludy mi experiencia profesional en el área de referencia y contrarrefernecias de la institución HUJMB.

Atentamente,

LUIS PABLO TORRES ULLOA
CC 85.468.427 de Santa Marta
Cel: 3008787994
Dirección: MZ 5 CASA 15 Urbanización Garagoa
Email: ltorres0108 gmail.com



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

85468427

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 94	31 - DIC. 14	31 - DIC. 34

APELLIDOS Y NOMBRES
TORRES ULLOA
LUIS PABLO

PROFESION BACHILLER



25 MAR 93

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14587175604

(415)7707212489984(8020) 000001458717560 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 5 4 6 8 4 2 7	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 5 4 6 8 4 2 7	1 9 9 2 0 7 2 1

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	ULLOA	LUIS	PABLO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: MZ 5 LT 15 URB GARAGOA

42. Correo electrónico: ltorres0108@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 5 0 1 2 8						4 1 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 04

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Torres	Ulloa	Luis Pablo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 85468427 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) — NÚMERO 85468427 — D.M. 12

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 30 MES 04 AÑO 1974

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: PLATO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MANZANA 5 CASA 15 GARAGOA

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 6054373318 — EMAIL: ltorres0108@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° X	MES	12	AÑO	1991

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	6	X		ADMINISTRACION EN SALUD RES 76-0458	12	2013	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE	*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE	*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE	*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE	*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE	*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 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 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 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 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 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 4346464		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 23 42 santa marta					

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 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE		*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE	*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO REFERENCIA Y CONTRAREFE	*DEPENDENCIA* REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 13N 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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMISIONES					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 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 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMISIONES					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMISIONES						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 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 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMISIONES						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJACOPI EPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4200860	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2005	*Día*	02	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVO Y FIN	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5N 27 07					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD VIDA EPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4333503	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	08	*Año*	2003	*Día*	05	*Mes*	09	*Año*	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE OPERACIONES	*DEPENDENCIA* OPERACIONES						*DIRECCIÓN* SANTA MARTA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRAL JUIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4215049	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	11	*Año*	2000	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* ADMISION Y FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 13N 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONTRALORIA GENERAL DEL MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4211157	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	10	*Año* 1992	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	1999	
CARGO O CONTRATO ACTUAL REVISOR DE DOCUMENTOS	*DEPENDENCIA* AREA DE CONTROL FISCAL					*DIRECCIÓN* CALLE 17 SANTA MARTA						

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	13	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	15	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	28	7

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, 01 de Diciembre de 2023

Luis Torres Ulloa

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atencion a que

LUIS PABLO TORRES ULLOA

Con Cedula de Ciudadania No. 85.468.427

Curso y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TECNÓLOGO EN

ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Santa Marta, a los cinco (5) dias del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SUBDIRECTORA CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

8937365 - 05/12/2013
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el repositorio electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900348203CC85468427C

REGIONAL MAGDALENA
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 8937365 - 05/12/2013

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: LUIS PABLO TORRES ULLOA, Con Cedula de Ciudadania No. 85.468.427

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

TECNÓLOGO EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

En constancia de lo anterior se firma la presente en Santa Marta, a los cinco (5) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

AMPARO BEATRIZ PEÑARANDA MASSON
SUBDIRECTORA CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900348203X 85468427A

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

El Colegio Nacional Mixto

Gabriel Escobar Ballestas

de Plato (Magdalena), Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resoluciones Números: 21345 - 21337 y 21338 del 5 de Noviembre de 1.982

CONFIERE A:

Luis Pablo Torres Ulloa

Identificado con Cédula de Ciudadanía N° 1.120530-111028 de Plato

el Título de:

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Plato, 6 de Diciembre de 1.993

Anotado al Folio 1271 Libro de Registro N° 2.944

Secretario de Educación

Dado en Plato a 20 de Nov de 1.993

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



Fecha: 12/Dic/2022, **Hora:** 10:27:25 a.m.
HC: # 75478
Apellido: Torres Ulloa **Nombre:** Luis Pablo
Edad: 48 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 85468427
Sexo: Masculino ♂
Empresa: Particular
Nacim: 30/Abr/1974
Cargo: Apoyo Administrativo
Rh: O+
Direccion: Mz 5 Casa 15 Urb. Garagoa
Telefono: **Celular:** 3008787994 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 77 Kg **Estatura:** 169 Cm **IMC:** 26.9 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Positiva **AFP:** Porvenir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

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

Luis Pablo Torres Ulloa
CC 85468427

Huella Digital

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 **LUIS PABLO TORRES ULLOA**, identificado con cedula de Ciudadanía No. **85.468.427** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **2011** de fecha 01 de Noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 13 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de TRES MILLONES CUARENTA MIL PESOS ($3.040.000).
2. No. **185** de fecha 02 de Enero de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($7.600.000).
3. No. **970** de fecha 01 de Mayo de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
4. No. **1750** de fecha 01 de Julio de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre de 2020, por un valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS ($5.565.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO **APOYO ADMINISTRATIVO** EN EL GRUPO DE TRABAJO DE **ADMISIONES** DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIO.

5. No. **3095** de fecha 01 de Octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2020, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO **APOYO ADMINISTRATIVO** EN EL GRUPO DE TRABAJO DE **FACTURACIÓN** DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LA ANTERIOR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO.

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

6. No. **165** de fecha 01 de Enero de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
7. No. **1354** de fecha 01 de Abril de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
8. No. **2037** de fecha 01 de Julio de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
9. No. **3805** de fecha 01 de Octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
10. No. **716** de fecha 01 de Enero de 2022 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo de 2022, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
11. No. **1414** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($7.600.000).
12. No. **CD20222899** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de NUEVE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($9.500.000).
13. No. **CD20231061** de fecha 19 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 20 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
14. No. **CD20231926** de fecha 06 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
15. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231926,** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
16. No. **CD20232746** de fecha 01 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTO MIL PESOS ($5.700.000)

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE **REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA** DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los veintiocho (28) 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 ADMINISTRTIVO OFICINA JURIDICA.

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

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 **LUIS PABLO TORRES ULLOA**, identificado con cedula de Ciudadanía No. **85.468.427** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **2011** de fecha 01 de Noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 13 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de TRES MILLONES CUARENTA MIL PESOS ($3.040.000).
2. No. **185** de fecha 02 de Enero de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($7.600.000).
3. No. **970** de fecha 01 de Mayo de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
4. No. **1750** de fecha 01 de Julio de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre de 2020, por un valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS ($5.565.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO **APOYO ADMINISTRATIVO** EN EL GRUPO DE TRABAJO DE **ADMISIONES** DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIO.

5. No. **3095** de fecha 01 de Octubre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2020, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO **APOYO ADMINISTRATIVO** EN EL GRUPO DE TRABAJO DE **FACTURACIÓN** DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LA ANTERIOR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO.

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

6. No. **165** de fecha 01 de Enero de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
7. No. **1354** de fecha 01 de Abril de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
8. No. **2037** de fecha 01 de Julio de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
9. No. **3805** de fecha 01 de Octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2021, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
10. No. **716** de fecha 01 de Enero de 2022 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo de 2022, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
11. No. **1414** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($7.600.000).
12. No. **CD20222899** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de NUEVE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($9.500.000).
13. No. **CD20231061** de fecha 19 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 20 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000).
14. No. **CD20231926** de fecha 06 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($5.700.000).
15. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231926,** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000).
16. No. **CD20232746** de fecha 01 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTO MIL PESOS ($5.700.000)

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE **REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA** DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los veintiocho (28) 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 ADMINISTRTIVO OFICINA JURIDICA.

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

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 85468427 **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 02/12/2023 10:31 AM

Código Verificación: **4YWEXBTVS2**

Válida hasta: **01/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 85468427 **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 02/12/2023 10:31 AM

Código Verificación: **4YWEXBTVS2**

Válida hasta: **01/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-02-11 22:31

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUIS	PABLO	TORRES	ULLOA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	85468427

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	PLATO

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	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$20.448.000,00
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	$20.448.000,00

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	$144.283,00

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
YAMILE	INES	BARRIOS	YEPES

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 36697887

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 2 de 2023

Señor:
TORRES ULLOA LUIS PABLO
CC. 85468427
MZ 5 CA 15 GARAGOA - 4373318
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 21 de 2020. 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
TORRES ULLOA LUIS PABLO	85468427	C	Jul-21-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
TORRES BARRIOS LUIS JOSE	1082946189	T	Ago-23-2011	486	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
TORRES BARRIOS ANDRES DAVID	1084060034	T	Abr-7-2014	360	0	HIJO MENOR DE 18 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
LUIS PABLO TORRES ULLOA	85468427	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

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 Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS PABLO TORRES ULLOA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **85.468.427**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

HUMB 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	REFERENCIAS	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos LUIS PABLO TORRES ULLOA | | |